２．研修内容

－知識編－

生活版ジョブコーチ研究事業について

岐阜医療科学大学　阿部順子

名古屋市総合リハビリテーションセンター（以下名古屋リハ）では、日本損害保険協会の自賠責運用益拠出事業からの助成により、平成 17、18 年度の 2 ヵ年かけて、「交通事故等による高次脳機能障害者の在宅ケアのあり方に関する調査研究」に取り組んだ。

この研究は第 1 段階として、家族が日頃家庭で実施しているケアの内容について聞き取り調査を実施し、「高次脳機能障害者の在宅ケアニーズ調査報告書」にまとめた。この調査の結果、社会活動に最も支援量が多く、次いで生活管理、生活技術の順であった。日常の生活行動は最も支援量が少なかった。このことは日本脳外傷友の会が平成 21 年度に実施した「高次脳機能障害者の生活実態調査」でも裏づけられている。すなわち、歩行、食事、排泄、入浴、衣服の着脱などの日常生活動作は 7 割前後が自立していたが、契約・手続きなどの社会活動は自立している人は 10 数パーセントにとどまり、金銭管理や調理も自立している人は 2 割余であった。一見障害が軽そうに見える高次脳機能障害者だが、実際は家族のケアの上に在宅生活が成り立っている実態が明らかになった。

研究の第 2 段階は、在宅ケアの試行的実践である。高次脳機能障害者は家族が多くのケアを担っているにもかかわらず、他の障害者に比べて在宅サービス（ホームヘルパーなど）の利用が大変少ないのが現状である。これは在宅サービスが高次脳機能障害者にとって利用しにくいこと、障害に適したサービスになっていないことなどが原因と考えられる。そこで在宅サービスを高次脳機能障害者に活用するにはどのようにしたらよいのか、また高次脳機能障害者は在宅サービスを訓練的に活用することで自立する行動があると想定されるが、そのためのノウハウはどのようなものだろうか、さらに今後の課題は何か、を在宅サービスの試行を通して検討した。

在宅ケアの試行では、名古屋リハの更生施設生活支援員や高次脳機能障害支援課の支援コーディネータが在宅ケアのコーディネータとして、高次脳機能障害者の生活する場に出向いて、アセスメントし、代償手段を検討し、環境を調整し、サービス提供事業所のヘルパーなどに障害特性に見合った支援方法をアドバイスした。単にケアをコーディネートする（つなぐ）のではなく、家族やヘルパーなどの支援者に障害特性に見合った支援方法をコーチすることで、生活行動の一部が自立するということが明らかになったのである。このような役割が職場において仕事が自立するように支援する就労版ジョブコーチに類似していることから、生活版ジョブコーチと命名した。

生活版ジョブコーチとは、生活場面に介入し、専門的な知識・技術を活用して、生活がうまく送れるように援助する人のことであり、「生活適応援助者」ともいえるだろう。

生活版ジョブコーチの職務は、①相談、②訪問して在宅ケアの実態を把握、③本人、家族のニーズからショートゴールとなる支援項目を選定、④行動を観察し、本人のできること、強みを探し出して、生活の文脈の中で使える手立て（代償手段、環境設定など）を具体的に検討して支援計画を策定、⑤サービス提供者に障害特性と対応方法をコーチ、⑥行動の定着をモニタリング、の６つのステップからなっている。生活版ジョブコーチは支援計画の策定までを集中的にかかわり、その後のサービス提供から終了までは断続的なかか

わりとなり、概ね 3 ヶ月程度を支援期間とする。したがって、大きなテーマを目標に掲げるのではなく、生活行動を小分けして、ひとつずつできることを固めて、自立へのステップを踏んでいこうと考えるのである。もちろんすべての行動が自立するわけではなく、必要なサービスは継続して利用することになるであろう。また、ひとつのショートゴールが達成したあとに、次のショートゴールが支援項目として選定されれば、また新たな支援計画を策定することになる。このような生活版ジョブコーチが介入した計画的な支援は、高次脳機能障害者が適応的な生活を送るための有効な援助方法のひとつであると考えた。

生活版ジョブコーチという支援方法を高次脳機能障害者の生活支援に活用していくためには、誰が生活版ジョブコーチを担うのか、生活版ジョブコーチの派遣システムはどのようにしたらよいのか、経済的な裏づけのある制度として確立するには、どうしたらよいだろうか、等々課題は多々ある。そこで、今回、生活版ジョブコーチ研究事業に取り組むことにしたのである。

本研究は、3 ヵ年かけて生活版ジョブコーチ養成研修と派遣試行事業、さらに派遣システムの検討を行う。研究は名古屋リハのメンバーと外部の専門家からなる研究会メンバーを中心に、北海道、東京（後に追加）、神奈川、愛知、岡山の当事者団体のメンバー（家族およびその支援者）が協力して進める。21 年度は 9 月と 2 月の 2 回、5 日間かけて、研究会メンバーが当事者団体のメンバーに、生活版ジョブコーチとして必要な知識、技術を研修する。22 年度は、研究協力団体が実際に生活版ジョブコーチの派遣試行事業を行う。23 年度は派遣試行事業を継続しつつ、地域における派遣システムを検討し、それらを取りまとめて新たな施策を行政に提言したいと考えている。

生活版ジョブコーチ養成研修では、当事者団体のメンバーが専門的な知識・技術を身につける手法として、専門職の経験や勘を「考えるプロセス」を体験できる思考ツール（シート）に落とし込んで、各種シートを用いた演習方法を開発した。また、派遣試行事業では、実践しながら事例検討会を開催し、研究会メンバーがそれぞれの団体にスーパーバイザーとしてかかわるなど、実践力を高める仕組みも取り入れている。23 年度末にこれらの成果をまとめた報告会を開催し、試行事業の報告書を作成する予定である。

[生活適応援助者養成研修]

生活版ジョブコーチ研究事業

について

岐阜医療科学大学
(生活版ジョブコーチ研究主任)
阿部順子

2009.9.14

今日の話題

- はじめに
- 在宅サービス利用の現状
- 障害特性と生活場面における課題
- 生活版ジョブコーチの職務
- 生活版ジョブコーチ研究事業の概要

＜はじめに＞

「生活版ジョブコーチ」ってなに？

- コーディネータ：専門的な支援がスムーズに流れるようにサービスを調整する人
- サポーター：支援する人（幅広い概念）
- アシスト：特定の事柄に対して補佐する人
- コーチ：技術的なことを指導・訓練する人

⇩

- 生活版ジョブコーチ：生活場面に介入し、専門的な知識技術を活用して生活がうまく送れるように援助する人　「生活適応援助者」

＜はじめに＞

在宅サービスの利用は進んだか？

「頭部外傷後の高次脳機能障害者の実態調査報告書ー1999年調査と2009年調査を比較してー」（名古屋リハ）によると

- 手帳取得、年金受給、社会参加、理解してくれる医師、相談窓口などのサービスに関しては改善していたが、保健福祉サービスの利用は4%弱と低いまま

＊今後、高次脳機能障害の障害特性にあわせた認定制度と特化したサービスの提供が望まれる

＜はじめに＞

地域の中で暮らし続けたい？

「高次脳機能障害者の生活実態調査」（日本脳外傷友の会、2009）によると

- 本人が落ち着いて生活できる場所は「自宅」が87%
- 家族による支援が得られない場合に「他の支援が必要な人」は73%
- 家族がサポートできない場合に「在宅生活の継続が困難な人」は64%

＜在宅サービス利用の現状＞

事例1：出産直後に高次脳機能障害となった主婦

- 退院後、さまざまなサービスを活用し、地域支援連携ネットワークに支えられて、育児と家事を行っている
- 夫のコメント：大変感謝しているが

①サービスの利用にあたって個別に申請手続きをしないと利用できず苦労した→ケアマネジャーの役割？

②家事・外出援助にヘルパーを導入したが、自立の視点での援助ではなかった。第2のリハスタッフとしてのサポート役を期待していた

＜在宅サービス利用の現状＞

事例2：認知障害が軽度のため、病院の訓練のみで在宅に復帰した主婦

- ぼーとしているうちに1日が終わってしまう
- 夫は、帰宅して家事が何もかたづいていないことに腹を立てる
- ヘルパーの利用を始めるたが、回数を増やせば増やすほど、依存的になって、本人は何もできなくなってしまった

⇩

- 在宅ケア試行事業の対象としてアプローチ

＜在宅サービス利用の現状＞

事例3：身障の自立ホームから単身生活に移行した脳外傷の青年

- 身体障害者の自立ホームを3年半利用。そこで、生活の枠つくりの支援を受け、単身アパート生活に移行した
- 現在利用しているサービスは
  ①ホームヘルパー：朝の起床援助30分
  ②自立ホームでの給食サービス：昼、夜
  ③地域福祉権利擁護事業を利用して金銭管理
- ここ半年ほどは比較的安定している

＜在宅サービス利用の現状＞

事例3の問題は

- なぜ、自分は仲間内から低く評価され、働けないのか納得できない、時々不満が爆発する、時に飛び出していく
- お金をあるだけ使う。特にお酒を飲みに行くと使い果たしてしまう
- 身体障害者（重度）と共に暮らすが、友達ができない

＜在宅サービス利用の現状＞

事例3の問題の背景は

- 自分の障害を認識していないので、現在の状況を納得できない
- 仲間に受け入れらない、認められないので、居場所がない
- 苛立ちのはけ口がない、理解してもらえない
- コントロールの障害に対する行動管理を学んでいない→早期から連続して一貫したケアを受けていたら、行動管理を身につけることができたのか？

＊適応的な生活を送れるようになるためには、生活の枠つくりだけでは不十分

＜障害特性と生活場面の課題＞

ニーズのキーワードは「普通」

- 普通の生活がしたい
  ①働いて収入を得たい、②アフタファイブは友達と遊びたい、③結婚して家庭を持ちたい
- いきいきと暮らしたい、認められたい、このまま で人生を終わりたくない
- 受傷・発症前の自分に（できるだけ）戻りたい
- 現状からのステップアップを望んでいる

＜障害特性と生活場面の課題＞

在宅ケアニーズ調査報告：支援の基準

＜損保助成研究：2006、名古屋リハ＞

0）自立（支援不要）

1）準備＝家族が本人を混乱させない対処法を習得している等、周囲の"準備"により安定して行動できる場合

2）確認・声かけ＝準備だけでは不十分で、確認・声かけが必要な場合。数回に1回の確認は準備の範囲に含める

3）介助＝行動を共にする、見本を示す等、直接的な行為が必要な場合

4）後処理＝上記の支援を越えて勝手な行動をしてしまい、家族が後始末をしないといけない場合

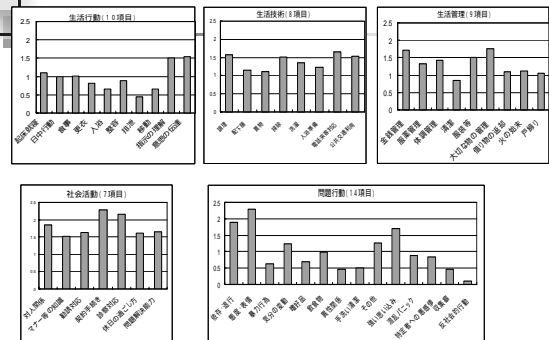
※問題行動は『支援の基準』に頻度を加味

＜障害特性と生活場面の課題＞

在宅ケアニーズ調査から：群別支援の特徴

- Ⅰ群：すべての領域で支援の程度が低い、「社会活動」の支援度が若干高い（0.850）
- Ⅱ群：やや支援の程度が高い、「社会活動」（1.347）と「問題行動」（0.847）がⅠ群に比し高い
- Ⅲ群：「生活技術」「生活管理」「社会活動」で支援度1を越える、社会活動で自立は13%のみ
- Ⅳ群：すべての領域で支援度1を越える、「問題行動」（1.671）は全群で最も高く、後処理が多い
- Ⅴ群：すべての領域で支援度が高い、「問題行動」（1.133）はⅣ群より低い

＜障害特性と生活場面の課題＞

在宅ケアニーズ調査から：項目別支援の程度

＜障害特性と生活場面の課題＞

在宅ケアニーズ調査から：項目別支援の特徴

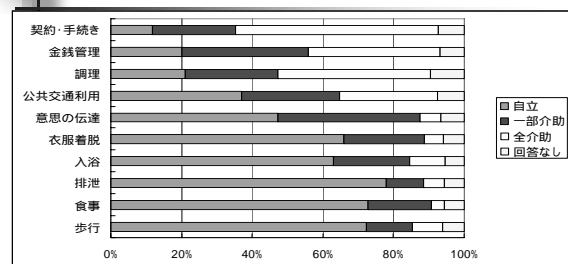
◇支援量の多かった領域

社会活動＞生活技術・生活管理＞生活行動

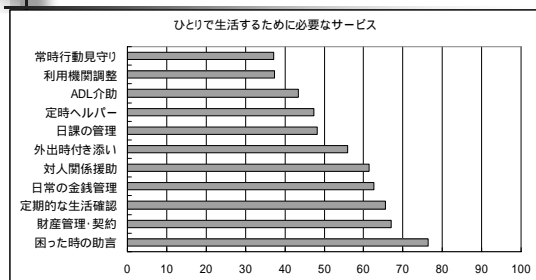
◇支援の程度が高かった項目

- 社会活動：「契約・手続き」「主治医とのやりとり」
- 生活管理：「金銭管理」「大事な物の管理」
- 生活技術：「調理」「清掃」「電話・来客対応」「公共交通機関の利用」
- 生活行動：「指示の理解」「意思の伝達」
- 問題行動：「態度・表情」「依存性・退行」「思い込み」

＜障害特性と生活場面の課題＞

日常生活の自立度：JTBIA実態調査から

ADLは7割前後が自立しているが、社会活動、生活管理、生活技術が自立している人は少ない

＜障害特性と生活場面の課題＞

必要なサービス：JTBIA実態調査から

助言や管理、確認をするようなサービスを必要としている

＜生活版ジョブコーチの職務＞

在宅ケア試行の目的

『高次脳機能障害者の在宅ケア試行的実践報告』（名古屋リハ、2007）

◇目的：

- 在宅サービスを高次脳機能障害者に活用するためにはどのような方法がよいか
- 在宅サービスを訓練的に利用することで自立する行動は何か、そのためのノウハウはどのようなものか
- 在宅サービスを活用する際の課題を明らかにする

＜生活版ジョブコーチの職務＞

在宅ケア試行の概要

◇試行したサービスの内容：

- ホームヘルパー、ガイドヘルパー、グループホーム、デイサービス、ITサポート

◇サービス提供機関：

- 居宅介護支援事業所、身体障害者移動支援事業所、精神障害者生活支援センター、当事者作業所

◇結果：

- 調理を始めとする家事動作の自立、作業所への単独通所、生活行動のパターン化と定着、パソコンを利用した趣味の拡大

＜生活版ジョブコーチの職務＞

在宅ケア支援のプロセス

- 高次脳機能障害の特性を熟知したケアコーディネータが本人の生活する場に出向いて支援したプロセスは⇒生活版ｼﾞｮﾌﾞｺｰﾁ（生活版JC）

1．アセスメント：ニーズの整理、能力の把握、問題と要因の分析、環境との相互作用の分析、本人の認識の把握をする、必要に応じて医療情報を入手

2．プランニング：生活の文脈に沿って、環境を構造化し、代償手段を検討する（ヒントカードの作成など）

3．事前研修：サービス提供者に対して障害特性と対応方法、支援の留意点などを研修する

4．モニタリング：プランの微調整や本人の行動の定着を確認。支援の終結に向けて支援量を減らすように調整する

＜生活版ジョブコーチの職務＞

在宅ケア支援終了後の状況

- ガイドヘルパーを使って作業所への通所が自立したA君：作業所が移転した際にはルート表を作り直したヒントカードを用いて2回で自立。迷ったらSOSが出せるようになり、作業所以外への単独外出も可能になったが、最近迷う→次のステップへ
- ホームヘルパーを使って家事が自立したBさん：安定して主婦としての生活を継続
- グループホームを使って生活行動が自立したCさん：週末帰宅すると生活が崩れるため、チェックリストを用いて自宅生活への移行を支援。以前に比べ自宅での生活行動は改善→現在、グループホーム再利用

＜生活版ジョブコーチの職務＞

生活版JCの職務のまとめ1

＊キーワード：「現場に出向いた支援」、「生活行動に介入」

1．**相談**：主訴（ニーズ）の把握、経過や状況に関する全般的な情報収集

2．**在宅ケア支援ニーズ調査**：現状のケア（本人の行動）の実態を把握

3．**支援項目の選定**：ニーズからショートゴールとなるテーマを決め、テーマに関わる支援項目をリストアップその中から生活版JCが介入する支援項目を選定する

＜生活版ジョブコーチの職務＞

生活版JCの職務のまとめ2

4．**支援計画の策定**（アセスメントからケアプランへ）：集中支援1ヶ月程度

- 支援項目にかかわる行動を時系列で分析し、現場で本人の行動を観察する
- 本人のできること（強み）を探し出す
- 環境が行動にどう影響しているか探る
- 生活の文脈の中で使える代償手段を検討し、支援計画を作成する

＜生活版ジョブコーチの職務＞

生活版JCの職務のまとめ3

5．**サービス提供者へのコーチング**：

- 計画に沿って行動の定着を支援できるように、サービス提供者に障害特性と対応方法をコーチする（一致した対応）

6．**モニタリング**：支援計画の微調整を行い、新らしい行動が定着すれば終了

＊生活版JCの介入は概ね3ヶ月：集中支援1ヶ月、サービスの提供から終了までの断続的支援2ヶ月程度

＊支援は2方向：本人支援、支援者（家族も含む）への支援

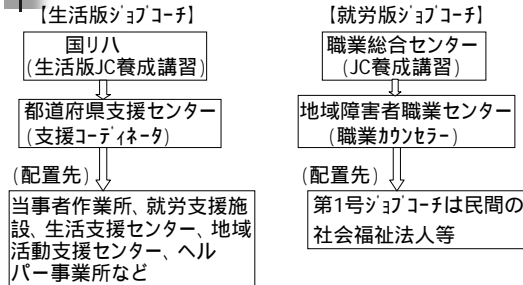
<生活版ジョブコーチの職務>

派遣システム（私案）1 〜就労ｼﾞｮﾌﾞｺｰﾁにならって制度を考えると〜

【生活版ｼﾞｮﾌﾞｺｰﾁ】

国リハ（生活版JC養成講習）
⇩
都道府県支援センター（支援ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀ）
⇩
（配置先）
当事者作業所、就労支援施設、生活支援センター、地域活動支援センター、ヘルパー事業所など

【就労版ｼﾞｮﾌﾞｺｰﾁ】

職業総合センター（JC養成講習）
⇩
地域障害者職業センター（職業ｶｳﾝｾﾗｰ）
⇩
（配置先）
第1号ｼﾞｮﾌﾞｺｰﾁは民間の社会福祉法人等

<生活版ジョブコーチの職務>

派遣システム（私案）2

- 生活版ｼﾞｮﾌﾞｺｰﾁは、いずれかの事業所に所属し、高次脳機能障害支援の経験（年数、事例）がある者を研修して養成する
- 支援普及拠点機関の支援ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀと連携して地域で支援する→一貫した支援、網の目の支援を行う
- 活動単価は就労版ｼﾞｮﾌﾞｺｰﾁの単価（1日14,200円、1時間1,775円）を参考として設定する

<生活版JC研究事業の概要>

研究事業の体制、目標

- 損保助成事業：3ヵ年（21、22、23年度）
- 研究体制：

①研究会（名古屋リハのメンバー＋名古屋リハOB、小川喜道氏）
②研究協力団体（北海道、神奈川、岡山、愛知の当事者団体等）

- 目標：
  - ①在宅サービス試行事業の研究成果を活用し、地域における高次脳機能障害者の生活支援の新たな方法･システムを実践を通して探求する
  - ②試行事業の支援方法をブラッシュアップするとともに、生活版ｼﾞｮﾌﾞｺｰﾁ（生活適応援助･者）ができること（対象者、内容）と難しいことを明らかにする
  - ③研究成果を踏まえて、新たな施策を行政に提言する（当事者団体の活動が事業収入になるようにしたい）

<生活版JC研究事業の概要>

研究事業の対象者

- 訓練から在宅生活への移行を希望している、ないしはすでに在宅で生活している人
- 生活に関して本人か家族に支援ニーズ（困り感）がある人
- 本人、支援者（家族、ヘルパーなど）、環境（構造化など）に介入することによって生活行動の一部に自立ないしは改善（生活がうまく送れる）の可能性がある人

＊主たる対象者は在宅ケアニーズ調査の中等度ケアレベル（ADLはほぼ自立、生活技術や生活管理、行動障害に支援が必要）ではないか

<生活版JC研究事業の概要>

実施計画：生活適応援助者養成研修

◇前半：9月14日（月）、15日（火）、16日（水）

- 知識編その1：研究事業の概要、生活場面の課題etc
- 知識編その2：ケアマネジメント、家庭訪問と面接、行動障害への対応
- 技術編その1：アセスメントとプランニング（代償手段の作成を含む）の考え方や実際
- 技術編その2：モデル事例を用いた演習

◇後半：2月25日（木）、26日（金）

- 技術編その3：事例（支援の方策に関する）検討
- 知識編その3：前半の研修の補足（モニタリングなど）
- 生活適応援助者派遣試行事業のすすめ方

<生活版JC研究事業の概要>

実施計画：22･23年度

- 生活適応援助者派遣試行事業：各団体4事例程度（1事例は脳外傷で）
- 事例検討会：22年度に3回、23年度に1回程度
- 派遣システムの検討：23年度に1回
- 現地視察：研究会メンバーを派遣し、現地で事例検討などのスーパービジョン
- 報告会：23年度末
- 報告書の作成

高次脳機能障害者とケアマネジメント

赤 塚　光 子

「障害という問題は、その人自身にあるのではなく、障害者個人と社会環境との関係から生まれる。」障害のある人たちへの支援においては、「障害」を「環境」との関係でとらえることが重要である。国際生活機能分類（ＩＣＦ）の図に示されるように、さまざまな要因がその個人の生活に関係している。このことは、高次脳機能障害者についても変わらない

脳血管障害、脳外傷、低酸素脳症などにより生じる高次脳機能障害は、分かりにくさを伴いその症状は多様で個人差が大きい。また、人生の途中で高次脳機能障害をもつことにより生じる生活上のさまざまな不自由さは、生活全体の大きな変化を余儀なくしたりもする。

報告者らが所属するＮＰＯ法人全国障害者生活支援研究会は、日本損害保険協会からの研究助成をうけ、２００４年度から２００７年度の４年間にわたり、「脳損傷者の地域生活支援に関する研究」を行った。各年度の研究は、以下のとおりである。

１年次　国内の実態調査（家族からの聞き取り）
２年次　オーストラリア・クイーンズランド州における調査
３年次　ニュージーランド・オークランド市における調査
４年次　国内での調査（本人、家族からの聞き取り）、先駆的プログラムから学ぶ

国内外の高次脳機能障害者の家族、当時者、支援実践者の協力により行ったこの研究から、高次脳機能障害者や家族が置かれてきた状況とともに、今後の課題をかなり明らかにすることができた。その課題の一つが、生活の再構築支援に結びつく相談支援システム及び方法の確立であった。また、オーストラリア・クイーンズランド州とニュージーランド・オークランド市における調査からは、家族の力があって高次脳機能障害者支援が確立してきたこと、その支援においては、アウトリーチを重視した個別の支援、主体性を尊重した支援が重要であることを学んだ。これは、わが国の経過とも重なる部分が大きい。

わが国における障害者を対象としたケアマネジメントの検討は、1990 年代に開始されている。この検討において障害者ケアマネジメントは、次のように定義された。

「障害者ケアマネジメントとは、障害者の地域における生活を支援するために、ケアマネジメントを希望する者の意向を踏まえて、福祉・保健・医療のほか、教育・就労などの幅広いニーズと、様々な地域の社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結びつける調整を図るとともに、総合的かつ継続的なサービスの供給を確保し、さらには社会資源の改善及び開発を推進する援助方法である。」

ケアマネジメントは、まさに地域で生きる障害者への個別支援の入り口であり、プロセスでもある。

２００６年に施行された障害者自立支援法では、相談支援事業が市町村の必須事業となり、相談支援専門員が配置されるようになった。また、高次脳機能障害支援普及事業が、都道府県の地域生活支援事業に位置づけられた。長く支援の外に置かれていた高次脳機能障害は、現在、支援の対象となっている。

しかし、相談支援事業そのものが、有効に機能しているとは言えない状況がある。高次脳機能障害者が地域で主体的に生きていくには、その力を引き出す支援が必要とされるからである。主体的に生きる力は、できる限り制限のない普通の生活を送る中で獲得されていく。それは、障害のない人たちと同じように、「地域のさまざまな資源を活用しながら生活していく」ことへの支援の必要性を意味している。まずは、ご本人や家族がいつでも相談できるところがあり、納得できるまでつきあってもらえる支援の仕組みがあることなどが求められる。わが国では、これもこれからの課題である。

こうしたことも含め、４年間にわたる調査の結果から、わが国における支援のあり方や課題を次のようにまとめた。

- 情報提供と手続き支援
- 社会資源と具体的に確実につなぐ支援
- 一度で終わらない粘り強い支援
- 問題を明らかにできない人たちへの支援
- 主体性が発揮されるような支援

これらは、総じて、ケアマネジメントによるサービス提供そのものの課題でもあり、早急な具体化が求められている。

研究に携わった一人である佐藤律々子（東京・国分寺市障害者センター）は、前述した報告の中で次のように述べている。

「長期にわたって継続されていく当事者と家族の地域生活は、ニーズとサービスとをつなぐ仲介型の支援だけでは支えられない。問題や欠陥などできないことに目を向けるのではなく、当事者がどのような生活や問題解決を望み、今何ができるか、どのような強さを持っているかを丁寧に受け取っていく相談支援こそが、当事者が主体性を発揮できる生活を支えていくものになる。」

「障害という問題は、その人自身にあるのではなく、障害者個人と社会環境との関係から生まれる。」

今ようやく、ケアマネジメントが実施されはじめ、継続した支援の重要性が共有されるようになってきた。高次脳機能障害のある方たちが生きる力をつけることができる環境、暮らしやすい日々の環境は、こうした地道な支援からうみだされていくことを大切にしたいと考える。

高次脳機能障害者とケアマネジメント

赤 塚 光 子
元・東京都心身障害者福祉センター
元・立教大学コミュニティ福祉学部

「障害」と「環境」

「障害という問題」は、その人自身にあるのではなく、障害者個人と社会環境との関係から生まれる。

高次脳機能障害者についてもおなじ。

国際生活機能分類（ICF）
2001年

高次脳機能障害の特徴など

症状
- 失語症
- 注意障害
- 記憶障害
- 行動と感情の障害
- 半側空間無視
- 遂行機能障害
- 失行症
- 半側身体失認
- 地誌的障害
- 失認症

原因
- 脳血管障害
- 脳外傷
- 低酸素脳症
- その他

分かりにくい障害
個人による違いが大きい
・・・・

高次脳機能障害がもたらす生活の大きな変化

それぞれのそれまでの生活が、ある日の受傷から、大きく変わらざるを得ない。
「受傷」　「医療期」　「退院」
→ 体が自分のものではない気がした。（Aさん）
目の前が真っ暗になった。（Bさん）
これから先どうやって暮らしていいか、分からなくなった。（Cさん）
退院してすぐの頃はぼろぼろでした。（Dさん）

脳損傷者の地域生活支援に関する研究
日本損害保険協会研究助成事業　２００４年度～２００７年度

主任研究者　赤 塚 光 子

1年次　国内の実態調査
麦倉泰子・荒木大輔・久保田隆志・長島緑、西村明子・小崎亜紀子

2年次　オーストラリア・クイーンズランド州における調査
麦倉泰子・田辺和子・西村明子・酒本知美・曽根原純

3年次　ニュージーランド・オークランド市における調査
麦倉泰子・田辺和子・小谷朋子・西村明子・荒木大輔・酒本知美

4年次　国内での調査（本人、家族からの聞き取り）、先駆的プログラムから学ぶ
麦倉泰子・荒木大輔・後藤耕士・酒本知美・佐藤律々子・藤平和実・ケアセンターふらっとメンバー

不可欠な生活再構築の支援 －聞き取り調査から－
具体的な心配事（急性期病院入院時）

本人
- 記憶がない
- 身体的な障害
- 高次脳機能障害
- 障害の受容
- 経済的なこと
- 仕事・学業
- 家族のこと
- 心配はない

家族
- 生死について
- 治療方針
- 状況の悪さ
- 身体的な障害
- 高次脳機能障害
- 経済的なこと
- 本人との関係
- 転院先
- 漠然とした不安
- 心配はない

不可欠な生活再構築の支援 －聞き取り調査から－
具体的な心配事（急性期病院退院時）

本人

家族　心配事はなにも解決されていない
リハビリに集中したい

この時期の本人の状況
混乱期にあり、心配事が明確になっていないことが多い。記憶の混乱だけではなく、現状の把握や障害認識が進んでいない。何を心配しなければいけないのかが明確になっていない。
状況把握がすすみ、意識が鮮明になるに従って心配が増えていったという声もあった。

不可欠な生活再構築の支援 －聞き取り調査から－
具体的な心配事（リハビリテーション病院入院時）

本人
- 身体的な障害
- 高次脳機能障害
- 寂しさ
- 家族への介護負担
- 仕事・学業
- 社会復帰が可能か
- 生活の変化
- もっとリハビリを続けたい

家族
- リハビリテーション
- 在宅支援の不安
- 次の転院先・地域のサービス
- 次の生活の場が見えない
- 仕事
- 医療費
- 漠然とした将来への不安

不可欠な生活再構築の支援 －聞き取り調査から－
具体的な心配事（リハビリテーション病院退院時）

本人
- 復職したい
- 話したい
- 在宅でどうなるのか

家族
- 本人の次の生活の場はどうなるのか

この時期、自身の障害や退院後の生活を考え、家族への介護負担について心配するなど、地域生活に向けて具体的に悩むことになる。
本人や家族を中心として、急性期病院、リハビリテーション病院、地域の社会資源への連続性と共有性が確保されることが肝要。

退院後の相談支援事業の必要性

- ◆ 地域における相談支援体制の整備が不可欠
- ◆ 本人支援と同時に、家族への支援が重要

オーストラリア・クイーンズランド州とニュージーランド・オークランド市の支援から学んだこと
支援は個別に、主体性を尊重し、アウトリーチを重視して！

ケアマネジメントによる支援実践の開始

- ◆ 1960年代　アメリカ・精神医療における退院促進の取組み　ケースマネジメント
- ◆ 1970年代　イギリス・ホームケアサービス実践　ケアマネジメント

ケアマネジメントは、社会的に不利な状況にある人たちに、地域におけるさまざまな社会資源を組み合わせて提供する地域生活支援の方法

わが国におけるケアマネジメントについての検討の開始

障害者福祉関連の動き
1990年代　「福祉関係八法」の改正や「障害者基本法」の制定（改正）以降

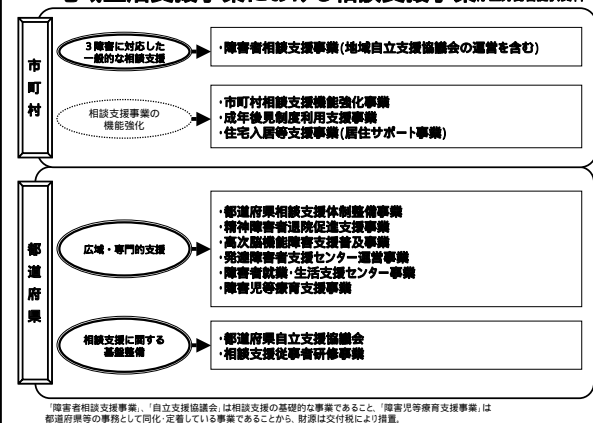
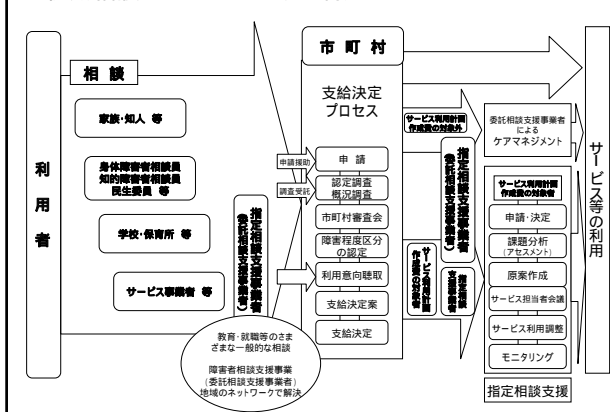
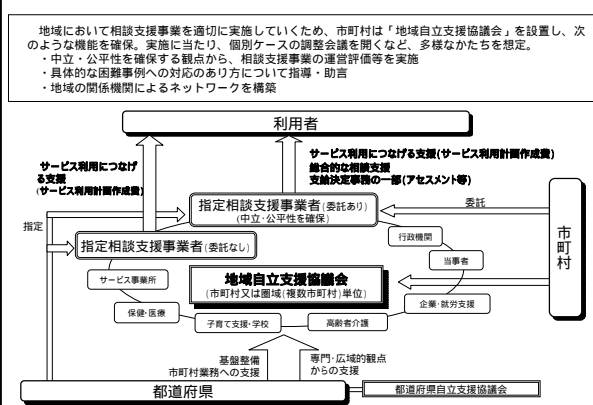
障害者の地域生活の支援方策の整備の必要性が認識され、ケアマネジメント手法による効果的なサービス提供の必要性について論じられてきた

ケアマネジメント導入の経過（1）

- 1997年　「身体障害者ケアサービス体制整備支援モデル事業」開始。続いて知的障害、精神障害についても研究、検討を開始
- 1999年　3障害を統合した「障害者介護等支援サービス（ケアマネジメント）体制整備推進事業」とし検討
- 2002年　障害者ケアガイドラインの公表（3月）
- 2003年　支援費制度のなかで、障害者ケアマネジメントの手法を活用した支援を開始

ケアマネジメント導入の経過（2）

- 2006年　障害者自立支援法において、相談支援専門員（ケアマネジメント従事者）を配置。サービス利用計画作成費支給を開始

相談支援事業を、市町村が実施する地域生活支援事業に位置づけ、高次脳機能障害**支援普業は、都道府県の地域生活支援事業に位置づけた**
現在、高次脳機能障害も支援の対象となっている

相談支援事業はなぜ重要か

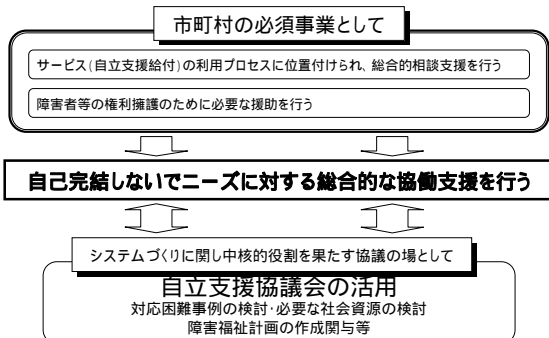
厚生労働省提供資料

市町村の必須事業として

- サービス（自立支援給付）の利用プロセスに位置付けられ、総合的相談支援を行う
- 障害者等の権利擁護のために必要な援助を行う

自己完結しないでニーズに対する総合的な協働支援を行う

システムづくりに関し中核的役割を果たす協議の場として

自立支援協議会の活用
対応困難事例の検討・必要な社会資源の検討
障害福祉計画の作成関与等

障害者ケアマネジメントの定義

（障害者ケアガイドラインより）

障害者ケアマネジメントとは、障害者の地域における生活を支援するために、ケアマネジメントを希望する者の意向を踏まえて、福祉・保健・医療のほか、教育・就労などの幅広いニーズと、様々な地域の社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結びつける調整を図るとともに、総合的かつ継続的なサービスの供給を確保し、さらには社会資源の改善及び開発を推進する援助方法である

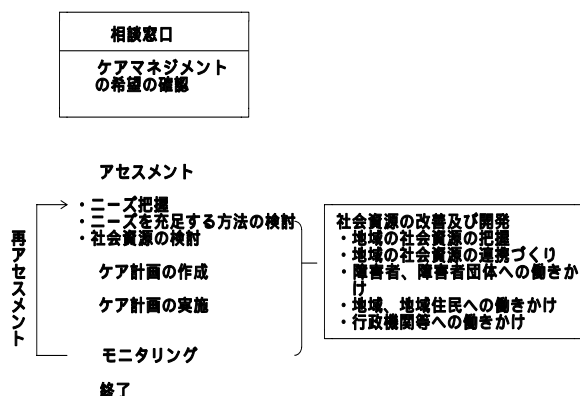
ケアマネジメントの基本理念

- ノーマライゼーションの実現に向けた支援
- 自立と社会参加の支援
- 主体性、自己決定の尊重・支援
- 地域における生活の継続の支援
- 主体性・自己決定の尊重・支援
- 地域における生活の個別支援
- エンパワメントの視点による支援

（障害者相談支援従事者テキストより）

ケアマネジメント実施上の原則

- 利用者の人権への配慮
- 総合的なニーズの把握とニーズに合致した社会資源の検討
- 目標の設定と計画的実施
- 福祉・保健・医療等の総合的なサービスの実現
- プライバシーの尊重

（障害者相談支援従事者テキストより）

ケアマネジメントの特徴・意味

- 相談の窓口が、ケアマネジメントの入り口
- 本人不在のマネジメントは、ケアマネジメントとはいえない
- ケアマネジメントは、本人と一緒に、環境に働きかけ、環境をかえる
- ケアマネジメントは、主体的に生きる力を高めることができる
- 主体的に生きる力が、セルフケアマネジメントの力量をアップさせていく

できる限り普通の、十分に満たされた、相応の生活を送るために (1)

ご本人の「主体的に」生きる力が前提

社会的要件の整備が必要
- ◆ 所得
- ◆ 住まい
- ◆ 個々に必要な支援 (さまざまなサポート)
- ◆ 社会参加を可能とする環境

こうした生活への社会的承認も必要

できる限り普通の、十分に満たされた、相応の生活を送るために (2)

◆ 本人の主体的に生きる力を引き出す支援
→主体的に生きる力は、できる限り制限のない普通の生活を送る中で獲得される

◆ 権利として、さまざまな資源を活用するための支援
→まずは、本人 (や家族) がいつでも相談できて、納得できるまでつきあってもらえる支援の仕組みをつくること！

地域相談支援の現状 (1) －聞き取り調査から－

- ◆ たまたま、家族、親戚、知人が医療あるいは福祉の関係者であった例
- ◆ 行政の窓口でたらいまわしにされた例
- ◆ 生活の質まで考えた相談支援ではなかった例
- ◆ 情報提供がされず、年金受給や適正なサービスが利用できなかった例
- ◆ 相談機関を利用して復職に結びついた例

地域相談支援の現状(2) －聞き取り調査から－

課題
- ◆ 情報提供と手続き支援
- ◆ 社会資源と具体的に確実につなぐ支援
- ◆ 一度で終わらない粘り強い支援
- ◆ 問題を明らかにできない人たちへの支援
- ◆ 主体性が発揮されるような支援

高次脳機能障害と相談支援のあり方

長期にわたって継続されていく当事者と家族の地域生活は、ニーズとサービスとをつなぐ仲介型の支援だけでは支えられない。問題や欠陥などできないことに目を向けるのではなく、当事者がどのような生活や問題解決を望み、今何ができるか、どのような強さを持っているかを丁寧に受け取っていく相談支援こそが、当事者が主体性を発揮できる生活を支えていくものになる (佐藤律々子)

相談支援事業・ケアマネジメントの充実が支援の道をつくる

わが国では、相談支援事業が未だ十分に整備されているとはいえない
今後、相談支援の体制が整備され、ケアマネジメントが適切に実施されていくことで、高次脳機能障害のある人たちへの地域生活支援の道がより開かれていくのではないだろうか

ご清聴、ありがとうございました

家庭訪問と面接

鳥取県高次脳機能障害者家族会　会長　森田多賀枝

１．はじめに　ー息子の交通事故と家族会の設立ー

１９９５年１１月、高校３年生の息子が交通事故に遭い頭部に外傷を負う。１ヶ月の意識不明、その後懸命のリハビリを行う。４ヶ月後に退院はしたが、重い後遺症のため自立した社会生活は難しく、家族がつきっきりで生活訓練を行う。

数年後、マスコミ報道で初めて息子が「高次脳機能障害」と知る。仲間や情報を得るために「若者と家族の会」（大阪）に入会する。数年後、障害者が中心になって開設していた作業所に通う。主にパソコン入力だったが、記憶が混乱することが多くスタッフも支援が難しい。家族は訓練すれば回復すると信じ本人を叱咤激励するが、本人はどこがどんな問題なのか分からず、反抗的、うつ的になっていくという状況であった。

２００１年、鳥取県にも家族会が必要と考え、行政・福祉法人・マスコミなどの協力によって「高次脳機能障害者と家族の集い」を開始。最初は１６家族が参加した。２００２年「高次脳機能者家族会」を設立する。事務局を社会福祉法人「地域（まち）でくらす会」に置く。ここは認知症をはじめ高齢者のデイサービス、精神障害者や重度心身障害者などの作業所などを開設していた。その後、高次脳機能障害者が多数利用するようになり、鳥取県での高次脳機能障害者に対する先駆的支援の事業所となった。

２．家族会の活動　ー相談事業の委託ー

２００３年から、鳥取県からの補助金（名称「高次脳機能障害支援普及事業」内「高次脳機能障害者家族会補助金」）を家族会が確保した。というのも、全国的に高次脳機能障害のモデル事業が行われていく時期にあって、鳥取県で支援を行う病院も機関もなかったので、家族会が主体的にやっていくしか方法がなかったのである。

活動内容としては、①啓発事業として定例会を県内３地区で毎月開催。高次脳機能障害や生活支援に関しての講演会や研修会を開催している。会員だけでなく、広く地域に提供する会報（年４回）や資料の発行も行っている。②相談事業として移動しながらでもできる携帯電話での相談を受けている。また入院当初からでも、必要な人には訪問を行っている。それは医療機関・行政機関・福祉施設・家庭へ出向いていくものである。また週に一日開設している「高次脳機能障害相談センターこりん」では、家族会の本人と家族はもちろん、地域の人々の相談も受けている。

３．相談を通した学び　ーエンパワーしていく本人と家族ー

以前から家族会員は、地域のさまざまな活動につながっている。そして定例会に出ることによって、相談の現状から学ぶ事も増えていく。また、相談を受け具体的な支援をする時につながっていく関係者からも、専門的なことを学んでいく。それをまた次の会員に伝えることによって支える人が育っている。学びの場には以下のようなものがある。

①例会の中での学び合い：参加者の問題に対して、みんなでどうしたら良いかを考えて方向を出していく。また労災申請、賠償問題、障害年金申請、介護保険利用、その他の制度利用などの情報交換があり、実際の体験者の例をみんなで聞いて参考にし、書類の作成なども協力して行う。

②面接相談や家庭訪問に同席：家庭への入り方、つながり方、何を支援していくかを実践的に学んでいく。

③『相談センターこりん』での現場学習：毎週１回、本人と家族の集まる場を開催しており、そこで個別対応を検討していく。ほぼ一日中当事者を見ていくので、どういう障害が生活に表れるか、どう対応していくかなどを実際に学べる場でもある。
④メールや電話で相談：各地区の役員が、新規相談や他の会員との関わり方などで相談するときは、どうすべきかを一緒に考えている。それは、役員が得た情報が会長（森田）に集まってくるようにすることによって、その役員がひとりで背負うことがないようにするためでもある。どんな場合でも個々が背負っているものが軽くなると、自身でエンパワーしていく。

４．訪問と面談　―家族支援を視野に入れた信頼をつなぐ長期支援―

『家族支援をしないと本人が安定しない』ということを、福祉関係者や認知症の人の家族会からも聞いており、私自身も体験から強く感じていた。家族会の活動以前から、地域で生活困難のある人の家庭訪問も生活支援も行っていたし、行政とのつながりも方々にあった。そのため高次脳機能障害者の支援には、家族支援を視野に入れた個別訪問や面談はとても重要だと思っていた。

訪問や面談によって、相談者が自覚していない問題が見えてくることも多いし、ゆっくりと時間を掛けて聞き合うことで信頼関係も強くなる。ただ当初は、他人の人生に関わることの精神的な不安があったが、つながっていた心理士から『相手に深い関心を持って傾聴し、励まし、支援し、信頼しあう良い関係を作りながら、仲間として長くつながっていけばいいのだから、すごい支援ができると思わない方がいい』と言われ、支援に気負いが無くなった。

訪問については、相手が信用している人からの紹介であるとか、同じ体験者としての共感からすんなりと入れることが多い。 連携については、高次脳機能障害者の一生はとても大変なので、その時に必要と思われるいろいろな支援につなぐように考えていく。支援内容は、障害の時期、年齢、家庭状況、人生歴などによって様々である。何度か訪問してやっと、家族のかかえている問題の実情がわかることもある。

支援者側が「今、こうした方がいい」と思っても、そうできない状況もあるので、仲間として長く寄り添う気持ちが大切である。

５．おわりに　―地域生活を支えるネットワークと人生の再構築―

事故で高次脳機能障害になり、復職が果たせなかった２０代の当事者が、絶望の中で自死した。精神的に不安定になっていることを家族会ではわかっていたし、通院もしていたが支えられなかった。その後の家族も不安定で、さらに心配な状況が続いた。

数年経った今でも悲しみは癒えていないが、当事者が働ける場を作ろうと地域で支援していただいている。長い一生のうちには、当事者や家族の生活状況が大きく変わっていくこともある。不安なことやトラブルが起こるたびに本人や家族とよく話し合い、専門家である行政の保健師や支援センターのスタッフ、セラピストなどとも相談しながら、より具体的な支援を考えている。

病気や障害があっても、住み慣れた地域で安心して暮らし続けたい！一般就労でも福祉的就労であっても、居場所があり、地域のつながり（生活・友人・文化的活動など）があり、家族会や支援者のつながりもあるということ。これらすべてが本人にも家族にも必要である。介護している家族も孤立しないために、その地域に暮らす人として、つながりを作り続けていくことが重要である。そのためには、できることを生かしながら、地域のまちづくり活動に主体的にかかわっていく。

家庭訪問と面接

～家族の支援を通して～

鳥取県
高次脳機能障害者家族会
会長　森田多賀枝

１．息子の交通事故

★14年前、高校3年生の時

「今夜が山」→意識不明の1ヶ月
→命は助かる→自分の名前を言う→食事ができる

リハビリの毎日

- 体に力が入らない
- 座ったり歩いたりできない
- 両手をうまく使えない
- 読み書き・計算ができない
- 言葉の意味がわからない

3ヶ月経過

変わった息子へのとまどい

4ヶ月後　退院

◆退院はしたものの・・　若いのに・・　怠けている？

- ・できごとや予定が全く覚えられない
- ・何かしようとしてもやり方がわからない
- ・食事、遊びにも意欲がない　・テレビを全く見ない
- ・知っているはずの場所で迷う　・突然、感情的になり怒る

6ヶ月後
- ・ゆっくりの動作
- ・良くなることへの期待と障害の重さでの不安

障害を分かりあえない辛さ

●家族は・・・「本人に早く元気になって欲しい」
（育て直し、教育する、という意識もある）
- **・休まずに、脳のリハビリを！ドリルを！**
- **・間違えずにしっかり覚えて！**
- **・社会的なルールを守って！**

■本人は・・・どこがどう問題なのかわからない？
- **・何度も注意され、時には反抗的・暴力的に。**
- **・自信を失い、不安定な行動・うつ状態**

２，情報と活動場所を

孤立し、不安の中で
全国の高次脳機能障害者家族会を知る

その後　↓　↓

★障害者作業所に通う
- 社会福祉法人の支援者
- 障害者同士が混乱
- スタッフの力量が必要
- 家族の思いを共有したい

☆行政との関わり
- 制度を使いやすい
- 医療へつながりやすい
- 精神保健福祉制度の利用への支援あり

支え合う仲間がほしい！

◆ 2001年6月
16家族で集いを始める

◆ 2002年家族会設立
高齢者や障害者の在宅生活を支援している
社会福祉法人「地域（まち）でくらす会」の支え

◆2003年～　鳥取県からの補助金確保
高次脳機能障害者を支えるしくみが皆無
全県で**家族会が支援をおこなってきた**

啓発事業　理解者を増やす

1. 定例会（県内3ヶ所・本人と家族が参加）
2. 講演会・研修会
3. 会報・資料の発行

勉強会

定例会（ピアカウンセリング）

変わっていく当事者と家族

本人

- 自分の思いを伝える
- 人の意見に耳を傾ける
- 制度利用の情報交換
- 障害への対応策（メモリーノート）などの紹介

家族

- 始めは涙の出会い
- 何度も気持ちをはき出す
- 一緒に考え聞き合う
- 体験からのアドバイス
- 行政などへ同行支援

相談事業　訪問・仲間をつなぐ

1. 携帯電話による相談
2. 訪問による相談
3. 相談センター「こりん」
   週１回、本人や家族が集う
   お互いに相談しあい、
   行動を共にすることで障害を理解

★ネット情報から・・全国の当事者、家族からの電話
★行政・医療・支援事業者からの相談も多い

3，訪問と面談（信頼と信頼をつなぐ）

【訪問】

家族会を応援してくれた鳥取県の職員（主に保健師）が、高次脳機能障害者の支援に際し、家族会との同行訪問を始める。 それによって、訪問・聞き取り・連携などの技術を学ぶ。 現在は単独訪問も多い。

①病院・施設・行政への訪問
　・・医師、相談員、保健師などからの紹介。
　　受診や高次脳検査の同席も行う。
②自宅への訪問
　・・県、市町村の保健師や包括支援センター、
　　障害者支援センター相談員との同行もある

訪問することの重要性

- 生活の場は感情を率直に伝えやすい
- 本人の状態、家族の関わり方を確認できる
- 何気ない話の中で、問題として意識化されていない点に気づき、対話することで理解しあえる

家族会は
★生活や介護の様子から
　相談者がかかえている問題に気づく
★当事者家族として寄り添い続け、
　家族全体を支えることを伝える

どんな事を把握するか

病院・施設

- 本人の病気、障害状況
- 家族の関係と心理
- 支援者の対応と心理
- 支援環境（ネットワーク）
- 本人、家族のニーズ
- 人生観

家　庭

- 本人、家族の人生歴
- 本人、家族の障害受容
- 本人、家族の役割・趣味
- 家族関係と心理
- 生活環境
  （立地・交通・地域との関係）
- 経済問題
  （補償・住宅ローン・保険）
- 関係機関、支援者の体制

4 - ① 一人暮らしの本人支援

➢原因　・交通事故　１９９９年（当時１８才）
　10日以上意識不明・3ヶ月入院後通院

➢相談方法・鳥取医大脳外科　渡辺先生から
（本人：高次脳機能障害について知らなかったが
専門外来のことは「県政だより」で知った）

➢相談内容
・就労がうまくいかずお金がない
・アパートでの一人暮らしが継続できない
・高次脳機能障害者として支援はあるか？

これまでの経緯
・事故後、通院とアルバイトで在宅生活。
・西部の専門学校へ行くが退学。
アルバイトでの一人暮らしを始める。
・車の事故が何度もあり、さらに頭部損傷。
2年前にも手術。仕事がさらに出来なくなった。
・物品をいろいろ買わされたり、貸してだまされた。

本人の訴え
・世の中には悪い人がいる。
・自分は記憶は良いので、障害は軽い。
・家族に頼っても、力がないので自分でやる。

医療・生活・就労への同行支援　（1年）

- 診断と評価　（医大・大山リハ病院→送迎）
- 通院　（鳥取市立病院・医大・歯科）
- 自立支援医療（医大・米子市役所・日野町役場）
- 障害者手帳　（医大・米子市役所）
- 障害者年金　（実家・鳥取市立病院・社会保険事務所・米子市役所・損害保険会社・損保代理店）
- 確定申告　（米子市役所・日野町役場）
- 就労　（就労支援センターしゅーと）→就労中
- 多重債務　（弁護士事務所・安来市役所・銀行他）
- 日常的な衣・食・住・契約・人間関係の問題

4 - ② 家族分離した支援

➢原因　・水頭症　１９９５年（当時２７才）

➢相談方法　・障害者職業センターの紹介
　自宅を訪問

➢相談内容
・母親が病気（糖尿病）で在宅療養中。
あまり歩けないので、食事は本人が作る。
・本人は仕事が思うようにできなくなり、すぐ
パニックになって暴れる、家出をするなど。
・本人は、仕事につけないことで周囲から厳しく
言われ、自信喪失。

何度かの訪問でわかること

•義父の浪費によるローンが多額にあり、
本人の障害年金や貯金を、強引に支払いに使う。

•自分は自由なお金がない。
食事などの面倒を見ているが、やりくりができない。

•過去に、親族も義父の借金返済支援。

•本人名義の改築ローンあり。
悪徳業者に多額に払わされているとわかる

•何度も家を出るのは、本人が義父への不満などで
感情的になり、混乱するため。
（時間を問わず、頻繁に相談電話がある）

その後の訪問・同行支援

- 家族や親族と、障害の状態、経済問題、単身生活についての話し合い。
- 障害者手帳や障害者年金の支援。診断と評価のために医療機関へ同行し、主治医に高次脳機能障害について説明。（山陰労災病院・精神科クリニック）
- 日中は福祉作業所を利用。（現在3ヶ所目）
- 単身自活に向けて生活支援（ショートスティ）と生活保護を利用。（障害者生活支援センター2ヶ所のスタッフと協力しながら支援）
- 義父の多重債務処理　（姉、弁護士につなぐ）
- 現在、義父、実母ともに施設入所

4 - ③ **自宅に帰した支援**

- **原因**　・交通事故　2000年（当時19才）
  20日間意識不明・6ヶ月入院
- **相談方法**　・家族と　電話とファックス
  ・本人と　電話　→面談
- **相談内容**
  - ・事故後、生活が思うようにいかず引きこもり。
  - ・今は県外で就労している。
  - ・賠償金をだまし取られ、拘束されている。
  - ・本人は高次脳機能障害とは知っている。
    でも障害者としてやっていきたくない。

その後の経過

自宅に連れ戻し、福祉施設（あさひ園）で訓練後、
就労支援　→　牧場で就労中

本人の訴え

- ・福祉関係の人が自分を否定する。
- ・初対面の人の前に出ると体が震え、
  自分の心を汚されるように感じる。

問題点

- ● 本人の障害についての評価が不十分
- ● 家族が支援チームに加わっていない

（本人は情報を正確に受けにくいにもかかわらず・・）

早期支援ができていないと・・

☆医療機関から
本人、家族に高次脳機能障害の知識や、利用可能な制度や機関についての情報が伝えられていないため、地域生活での支援につながっていない。

★本人に高次脳機能障害の自覚がない
- ・制度や支援が必要とは考えていない
- ・周囲に理解がないことが、他人への不信感になり、人間関係が築きにくくなる

5，家族会で支え合おう！

◆Aさん夫妻のイチゴ農園
- ・息子とともに働く場を作りたい！

★絶望の中からの挑戦
- ・希望を失い自死した息子
- ・障害のある人が働く場を作りたい！

●イチゴ狩りの招待　（年1回の全県交流会）

助かった命、人生の再構築を！

生活の現状（2008年鳥取県アンケート・143人

- ★在宅で療養中　・・32人
- ★一般就労・福祉的就労など・・35人
- ★家事や農業　・・22人
- ★特に何もしていない　・・54人

1．得意なことを生かして
活躍できる場をつくる
（病院でのパソコン教室）

2．仲間と日常的な活動
（毎週「こりん」で集まるなど
趣味・ピアカウンセリング）

3．楽しめることでリハビリ
（楽器・絵手紙・手芸・園芸）

ペン画

当事者バンド「コリンズ」

絵手紙

高次脳機能障害者相談支援事業報告

期間 ： 平成20年4月1日から平成21年3月31日まで (1年間)

相談合計数： 1，247件 (月平均 104件)

内訳 ＊面談相談 511 件 (月平均 43 件)
＊面談者数 1，665 人 (月平均 129 人)
＊電話相談 736 件 (月平均 61 件)
＊のべ電話数 921 件 (月平均 77 件)

訪問回数 170回
(・家庭 54 回 ・医療 30 回 ・施設 62 回 ・行政 24 回)

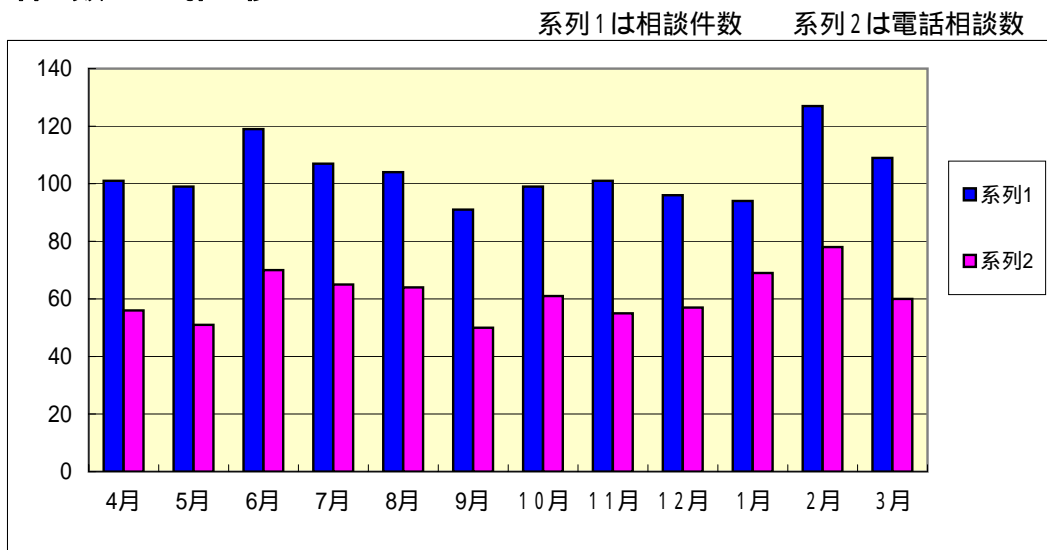
月 別 内 訳

	家庭	医療	施設	行政	面談相談	面談者数	電話相談	のべ電話	相談合計
4月	6	3	4	2	45	156	56	69	101
5月	6	2	9	1	48	99	51	62	99
6月	6	4	3	1	49	151	70	79	119
7月	2	3	6	1	42	165	65	77	107
8月	4	6	7	2	40	117	64	83	104
9月	6	4	5	2	41	133	50	67	91
10月	3	2	5	3	38	135	61	86	99
11月	3		8	3	46	147	55	74	101
12月	5		4	3	39	161	57	74	96
1月	2	2	3	3	25	108	69	85	94
2月	4	1	4	1	49	146	78	92	127
3月	7	3	4	2	49	147	60	73	109
合計	54	30	62	24	511	1665	736	921	1247

(注：1会場での多人数の相談は 1カウントとした)

件 数 の 推 移

系列1は相談件数 系列2は電話相談数

２０年度相談事業報告

高次脳機能障害者の相談と支援の現状

【医療機関とコーディネーターについて】

・２０年度から、鳥取大学医学部附属病院に支援拠点が置かれ、支援コーディネーターがいることで、早期から支援ができるようになった。
しかしコーディネーター一人では、本人に適した継続的な支援ができないうえ、全県に渡る支援は困難である。他の医療機関や各地の行政、専門機関などとチームとなっての支援体制が望ましい。

・また治療上、精神科受診の必要な人が、医大精神科でのカウンセリングを合わせて利用することで、安定を維持できるようになってきたことは有りがたいことである。
今後さらに、県内の医療機関すべてが高次脳機能障害の支援情報を共有し、各所で同じような支援を受けられることを願っている。

【リーフレットなどによる支援情報の提供について】

・事故や病気によって高次脳機能障害となった時、本人はもちろん、家族もまったく知らなかったこの障害について、どう対応していいか分からないことが多い。
コーディネーターの支援も当然ながら、医療でのリハビリから、安定した地域生活につながるためにも、支援情報をわかりやすく記したリーフレットなどを示していくことが必要であろう。

【相談者の現状に対して　緊急な取り組みを】

① 子どもの高次脳機能障害支援について
学校や地域での障害理解と対応には、継続的な支援チームが必要だが、現在適した支援が少なく、家族も心身ともに疲労している。教育行政や市町村へのさらなる理解を望む。

② 家族支援について
たとえ障害者サービスや介護保険サービスを利用できていても、介護、見守りをしている家族は疲れ果てている。家族に対して心身ともに支援があることが重要。
長期に渡る家族支援をどう行っていくか？は大きな課題である。

③ 医療リハビリから生活リハビリへの課題
医療制度が大きく変化し、現在はリハビリテーション病院でも長期に渡る入院、通院はできなくなってきている。しかし、高次脳機能障害に適した生活訓練施設がなく、系統的なリハビリが行えない現状である。

④ 障害に適した生活の場所の確保について

若くして重い高次脳機能障害となった場合、その家族が家計を支えて働くことも多いため、家庭での十分な見守り介護は難しい。そのため、生活介護施設へ入所なる。できるだけ本人が自分の障害を理解し、対応策が身に付くような訓練を行える居場所が欲しい。

具体的な相談の内容

① 高次脳機能障害についての診断とリハビリ
→医療機関紹介・同行受診・医療制度利用の手続き

・高次脳機能障害のリハビリは早期から専門的に行われねばならないが、十分にできていない人もある。
・西部は拠点病院が近く利用しやすいが、中部、東部には核となる病院がないため、可能な人には西部まで来ていただくしかないが、来ることが難しい人もある。
・病気になる以前は十分収入があったため、その後収入が少ない生活になっても税額が多いために、特別医療が使えず、医療費負担が重い。医師からは高次脳機能障害と言われていたが、自立支援医療についての手続きはされていなかった。
・発達障害がある人と思われる場合、どこにつながり、どう診断を受けたら、社会的な支援が得られるのかがわからない。

② 医療関係者・治療、服薬などへの疑問と不信感
→同行受診。ていねいな説明の必要性。信頼関係の構築。

・病院によっては、高次脳機能障害について詳しくない医師もある。そのために使える制度も利用できないので、医療機関でも専門機関情報を周知する必要がある。

③ 本人の障害受容と精神的支援・生活支援
→家族、友人間のトラブルの解決・定期的に話を聞く

・他の障害者がかかえている問題について理解できずに、本人は自由に他の人につながっていくので、行き違いや思いこみで問題が起こることも多い。

④ 訓練・日中活動の場
→デイケア・作業所・ボランティア・趣味の場を検討

・比較的若い障害者の場合、介護保険でのサービスがなじまない・・・長期に渡るリハビリによって生活力が上がるかも知れないが、介護保険での対応で、本人が望まない高齢者ばかりのディサービスに行かされ、拒否される事態も起こっている。

⑤ 労災・自動車事故の補償問題

→書類の書き方・診断書・休業補償問題・弁護士や行政書士へつなぐ

・労災申請書類には、かなり家族の労力が必要であるが、介護に追われていたり、経済問題が不安定だったりすると、なかなか手続きを家族だけでは頑張れない。

⑥　障害者年金の取得・更新
　→診断書・申立書・生活状況表など書類の書き方

・精神科への継続した定期受診がされていない人の場合、高次脳機能障害による障害年金の更新に当たって、診断書を書くことのできる精神科医師が無く、右往左往された事もあった。・・・頭部外傷や脳卒中では脳神経外科・脳神経内科、心疾患などでは内科で受診となっていることが多いため、精神科受診につながりにくい。
高次脳機能障害者が制度を利用しやすくするために、もう少し使いやすいしくみが作っていけないものか、検討が必要である。

⑦　障害者手帳など福祉制度利用
　→交通料金割引・各種税金、年金掛け金などの減免を紹介

・家族がいない場合、申請・更新などの手続きが難しいので、市町村行政や支援センターが生活状況を把握して、対応していく必要がある。

⑧　障害者自立支援法での制度利用手続き
　→自立支援医療・障害程度区分・ヘルパー利用など説明・手続き同行

・制度の変化があったり、行政の担当が替わったりすると混乱が起こる。
手続きに同行したりして、市町村の行政で状況を把握しつつ対応をしてほしい。
・サービス利用にあたっては、本人は利用したことがないものを提示しにくいので、
家族や支援者の意見も十分に聞いて、本人に適したものを望みたい。

⑨　介護保険制度利用
　→地域包括支援センター・認定の程度区分・サービス利用の検討

・外見からわかりにくい障害であり、また本人が話せる場合、自己の認識で語ることで認定調査の判定に疑問があることもあるので、家族は「高次脳機能障害」「認知障害」についての啓発資料を示し、別に話す必要がある。

⑩　家族・職場・作業所などでの理解と本人対応
　→周囲の障害理解・仕事上での問題と人間関係の支援

・本人と家族ともに、毎日長い時間を過ごす場が欲しい・・対応が難しいと思われる行動

障害がある人の場合、希望通りに長時間引き受けできる場所がない。

⑪　成年後見制度・権利擁護など
　　→弁護士・社会福祉協議会・行政・地域のかかわりを利用

・自分の障害への対応ができていない人は、金銭管理などで問題が起こっている。
　しかし、支援者が関わってくることを本人が拒否をしてしまい、家族も他に方法がなく対応に苦慮している。

⑫ 就労・職場復帰など
　　→就労支援センター・障害者職業センター・ジョブコーチなどの支援

・高次脳支援コーディネーターと、本人、就労支援者の意志疎通がうまくいっておらず本人が困惑されるケースがあった。支援者の頻繁なコミュニケーションが必要。
・本人の就労希望が出ていても、就労先が少なく、職場体験さえ提供されていない現状がある。職場開拓が行われないと就労が進んでいかない。

⑬ 家族の精神的支援・生活支援
　　→介護問題・障害受容・リラクゼーション・趣味・医療機関の紹介

・本人が若くて障害が重い場合、子どもが進学などする際の経済問題が大きい・・進学、修学に使える制度を調べ、積極的に案内することが必要であった。

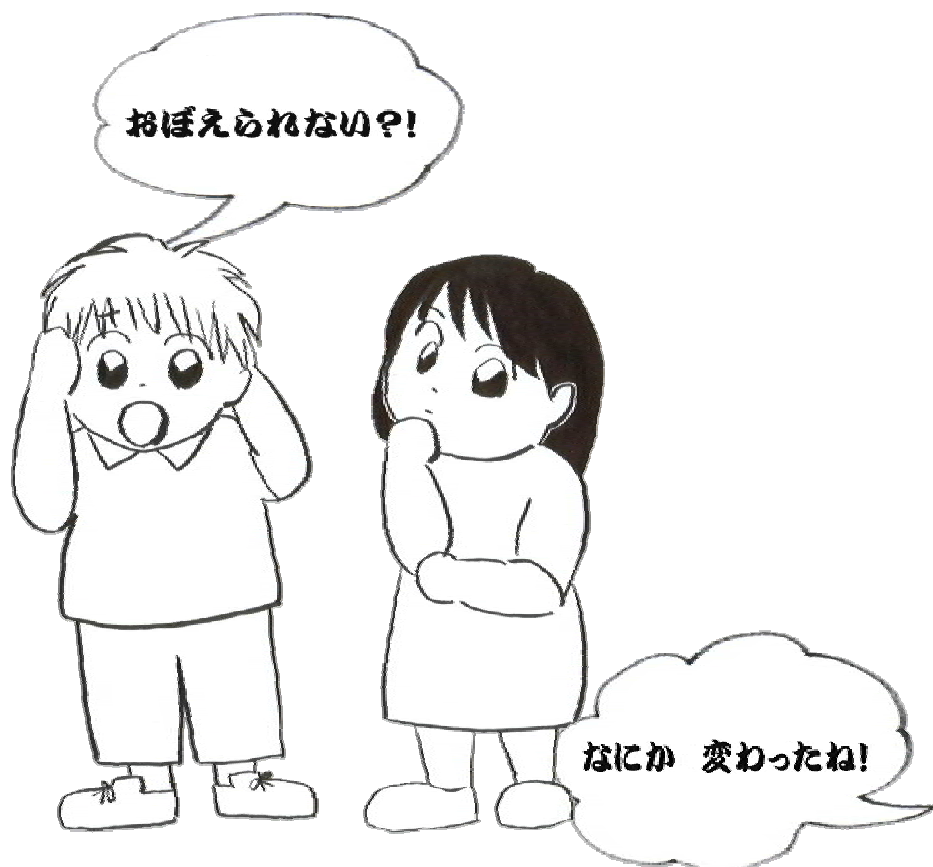
⑭ 支援体制のネットワーク
　　→医療機関・行政・生活支援センター・地域・家族が一緒に関わる必要

・家族関係の変化、本人の障害の変化に伴い混乱が起こってくる。法的に逸脱するような行為との自覚が薄い人もある。長い人生を支えていくためには、本人だけでなく、家族全体を支えていくチーム支援が重要。
・家族が死亡、あるいは離散などで単身者となった場合、その人の障害の状態を良く理解し、定期的な対応を行うことが必要となる。

⑮　若年性認知症の支援
　　→高次脳機能障害という理解と障害福祉制度の紹介

・介護保険関係者に障害の理解が行き渡っておらず、適した支援がされていない。
・就労したいと思う本人もいるが、継続できる支援の体制が整っていない。
・日中活動で、本人に適した居場所がない。家族といても混乱し本人もしんどい。
・介護保険では、障害の程度が的確に反映されていない程度区分の問題もあり、家族が利用したいようなサービスのしくみとなっていない。

高次脳機能障害者 家族会

－事故や病気で脳に障害がある仲間の会－

障害があっても
このまちで 安心して くらしたい

交通事故や転落事故での頭部外傷や、脳出血、脳梗塞、脳腫瘍、ウィルス性脳炎、低酸素性脳症、アルコール中毒などで、重い後遺症を持った人と、家族が中心となって活動している会です。

事故や病気が元でこのようなことはありませんか？

◆記憶障害　（記憶と学習の困難）

約束や物の置き場所を忘れる。比較的古いことは覚えているが、新しいことを覚えにくい。そのために、何度も同じことを繰り返し質問したりする。

◆注意障害　（注意力・集中力の低下）

気が散り、疲れやすく、何かをするとミスばかりする。
二つのことを同時にしようとすると混乱する。

◆遂行機能障害　（前頭葉障害）

情報を整理し、計画を立てて物事を実行することが難しいため、人に指示してもらわないとできない。さまざまな問題の解決が困難になる。いきあたりばったり。

◆行動と情緒の障害

わずかなことでも不安になる。急に怒り、笑うなどパニックのような状態になることがある。また子供っぽくなる。無制限に食べる。お金を使いすぎる。こだわりが強いなどがある。話のつじつまを合わせようと話を作る。
また意欲が低下していて、自分から行動できないこともある。
障害を受け止められず、抑うつ的になり、引きこもることもある。

◆地誌的障害　（場所の認識の障害）

よく知っている場所で道が分からなくなる。
自宅付近や、内部の地図が書けないなどがおこる。

◆半側空間無視　（身体の認識の障害）

自分が意識して見ている空間の片側（多くの人は左側）を見落とす。左半側無視では、食事の際に左側の食べ物を食べ残す。左側にぶつかる。廊下を移動していてだんだん右側に寄っていくなどがある。

◆失語症　（コミュニケーションの困難）

他の人に意志を伝えたり、他の人の話の内容を理解することが難しくなる。
話す、聞く、読む、書くなどの障害。

◆失行症　（動作と行為の障害）

手足は動かすことはできるのに、意図した動作や指示された動作を行うことができない。道具の使い方が分からなくなる。動作が上手に行えない。

◆失認症　（視覚、聴覚、触覚の認識障害）

視覚については、目は見えているのに、色、形、物の用途や名称が分からない。
絵を見てもまとまりが分からない。よく知っている人の顔を見ても分からない。

◆半側身体失認　（身体の認識の障害）

自分の身体のイメージがゆがんだり、一部を自分のものでないように思ったり、麻痺があるのを認めないなどがある。麻痺が軽いのに身体を使わないこともある。

家族会入会のご案内

頭部のけがや病気は治っても、
記憶障害・注意障害・社会的行動障害などの
「高次脳機能障害」が残り、本人も家族も、
状況をよく認識できないまま、生活には
さまざまな問題が起こってきます。
外見からはわかりにくい『脳』の障害のために、
周囲に困難を理解されにくく、ともすれば孤立しがちになる
高次脳機能障害者とその家族たちです。

平成１４年１月に家族会を結成しました。それ以来、県内３ヶ所で定例会を継続しています。そこでは、家族は障害への対応はもちろん、治療やリハビリ、社会的な制度や支援の問題、子育てから介護まで相談し合っています。

もちろん本人たちは、これまでと違ってしまった自分に向き合い、生き方を学びあっています。また、脳の障害についての学習、そして地域でのつながり作りなどの研修も行っています。

介護をしている家族だからこそ、社会に対してもできることがあるのではないか？障害があっても、現在住んでいる町で、一生暮らしていけるようにしたい！と地域に働きかけています。

事故や病気などによって、身体の一部に障害を持ってしまうことは誰にでも起こり得ることです。　多くの人たちと手をつなぎ、活動を広めていきたいと考えています。

「仲間になって　一緒に活動しませんか？」

★年会費は　２,０００円（会報や資料、いろいろな案内が届きます）

家 族 会 の 活 動

① 例会　　本人・家族・支援者も参加しています。
　　　　お互いの思いを聞き合い、支え合うことを大切にしています。

・東部地区（会場　鳥取市）　　毎月開催　（第３日曜日）
・中部地区（会場　倉吉市）　　毎月開催　（第１土曜日）
・西部地区（会場　米子市）　　奇数月　　（第３日曜日）

★毎週・水曜　１０時～１５時

高次脳機能障害者相談センター「こりん」

当事者や家族が集まって、
相談・情報交換などをしています。

ここです！　（米子市角盤町）

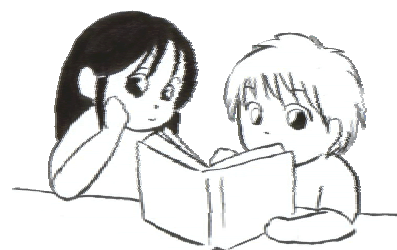
駐車場はありませんので、
　　近くをご利用ください。

② 電話相談・訪問相談　　　電話　080-1921-1711

医療・福祉・成年後見などの制度利用、事故の保障問題、
家族の支援などの相談に応じます。

③研修会の開催

④会報の発行

★ブログには最新情報を載せています
【高次脳機能障害者家族会・鳥取】
http://blog.goo.ne.jp/koujinou_2006

高次脳機能障害者家族会　事務局
683-0834 鳥取県米子市内町122　障害者生活支援センターまちくら
TEL　0859-35-5647　　FAX　0859-35-5648
メール　machikura@sea.chukai.ne.jp

阿部先生から
『森田さんの学んできた経験を、会のほかの役員にどのように伝達してきたのか』

私自身は、さまざまな障害や人権関係の勉強会や、例会に出ることによって学んだ事が多い。加えて、相談を受けて、具体的な支援をする時につながっていく関係者から学んだことも多い。

それによって

①例会の中で、方向として示す

・参加者が話す問題に対して、その都度みんなでどうしたら良いかを考え、方向を出していくこともある。
・労災、賠償、障害年金、介護保険、各種制度利用などの情報交換があり、実際の体験者の例をみんなで聞いて参考にし、書類の作成も役員が手伝って行うこともある。

②面接相談や家庭訪問に、同席していく

どんな風に家庭に入り、どうつながっていくか、何を支援していくかを、実践的に学んでもらう。

③『相談センターこりん』での現場学習

毎週1回、本人と家族の集まる場を開催しており、そこで役員を中心に、個別対応を検討している。 そこは、ほぼ一日中当事者を見るので、どういう障害があるかとか、どう対応していくかが実際に学べる場である。

④メールや電話で相談する

各地区の役員が、新規相談や他の会員との関わり方などで相談されたときは、どうしていくべきかを伝えている。
それは、役員が得た情報が、森田に集まってくるようにすることによって、その役員がひとりで背負うことがないようにするためでもある。

行動障害への対応

沖縄国際大学　上田幸彦

高次脳機能障害による行動障害とパーソナリティの障害には、不安・うつ状態、自発性の欠如、攻撃的行動、幼児的行動、依存性、他人に対する感受性や関心の欠如などがある（長岡, 2002）。行動障害（問題行動）へ介入する際の大前提は「問題行動は後遺症である。本人はわざとやっているのではない」と捉えておくことが重要である。

応用行動分析

行動のとらえ方としては、以下のような応用行動分析によるとらえ方が効果的な介入を行うためには必要である。

[先行する出来事]　→　問題行動　→　[結果としての出来事]

この捉え方によれば、[先行する出来事]と[結果としての出来事]の両方が、問題行動を増やしもするし減らしもするのである。そこで問題行動を減らすためには、[先行する出来事]と[結果としての出来事]を変化させることになる。

実際のやり方

１．いくつもある行動障害の中で、どれから介入するか、優先順位をつける。

２．行動障害(問題行動）を特定し、定義する。その際には誰からでも観察可能な定義をする。例えば「攻撃性が高い」ではなく「まわりに暴言を吐く」の様にである。

３. 特定された問題行動を一定期間観察して記録する。観察することは、いつ起こったか、何をしていた時に起こったか、起こった後に周囲はどうしたか、その周囲の反応に対して本人はどうしたか、である。

４．観察結果から、問題行動がなぜ生じているのか仮説を立てる[先行する出来事]については、疲労していないか、刺激が多すぎないか、本人にとって無理な要求をしていないか、自尊心を傷つけていないか、などである。また[結果としての出来事]について、まわりの反応が、いっそう本人を興奮・混乱させていないか、まわりの反応が問題行動を強化（褒める・承認する・注目する）していないか、などを考えてみる。

５．介入法を選択する[先行する出来事]を変化させる方法としては、刺激を減らす、休憩を入れる、解りやすく説明する、こちらの期待を下げるなどである。[結果としての出来事]を変化させる方法としては、問題行動は無視をする(消去)、正しいやり方を再度分かりやすく教える（教育）、他の社会的に望ましい行動を伸ばす（強化）などである。

６．介入法を実行し、再度観察し、問題行動が減ったのであればその介入法を続ける。しかし、問題行動に変化がなかったり、あるいは増えたのであれば、仮説を立て直し、他の介入法を実施する。

事例

30 歳代男性：水上バイク事故による頭部外傷。歩行不可能（車椅子）で左手マヒ、構音障害あり。身体障害者療護施設入寮中であった。

妻より訴えられていた問題行動は「妻･スタッフに対して突然怒り出す」ということであった。そこで妻への課題として怒り出す場面を 1 週間観察して記録するように伝えた。観察と記録のポイントとしては、いつ何をしている時に怒り出したか、その時、まわりは

どうしたか、その後どうなったか、であった。

観察記録から、問題行動の傾向として「怒り」は食事時、それも朝食時に多いことが判明した。そこで仮説として、食事動作は本人にとって難易度が高く、さらに十分に覚醒していない状態で難易度の高い動作をしなければならないのではないかと考えられた。スタッフによれば「もっと寝ていたいだろうから、食事の直前に起こし、食堂に連れて行っている。」とのことであった。

そこで介入法として、朝、目を覚ましてから食事に行くまでの間、しばらく体を起しておくようした。その結果、朝食時の怒りはほとんど起こらなくなった。その他の怒りも限定されるようになり、スタッフは怒りの意味が分かり、対応すると収まるようになった。

20 歳代男性：バイク事故による頭部外傷。身体に障害はない。母より訴えられた問題行動は「感情がコントロールできない」であった。そこでまず観察可能な定義として「家族に対して暴言を吐く」とし、母親により帰省中の家庭での観察を行った。

その結果、暴言の傾向としては母親に対する暴言が多いことが判明した。仮説としては、自尊心が傷つけられた時に暴言を吐くのではないかと考えられた。実際に母親は今回の観察記録を見て、自分の発言が不適切であったことに気づいた。そこで介入としては、母が言い方とタイミングに気をつけるようにした。また入所施設職員にも、本人の怒りの原因について報告した。

その後、施設に戻ってから怒り出すことについての報告はしばらくなかった。しかし、ある時、車椅子バスケ中に相手を殴り自宅謹慎となる。帰宅後、本人は反省していた。母とのやり取りから、殴った時「俺のことをなめている」という考えが浮かんでいたことが明らかになった。そこで認知修正法として、今後そのような考えが浮かんだ時には「こいつはまだ子どもなんだ」「こいつは言い方がへたくそなんだ」と考え直すことで怒りのコントロールをしてみるようにと母親を通して伝えた。その後施設に戻り無事訓練を終え、就労のため実家に戻ってきた。就労 2 ヵ月後の母親からの報告では「怒り出すこと少なくなり、また自分のしたことを反省するようになった。仕事は熱心に行っている。他のいろんなことに意欲を示すようになった。」とのことであった。

まとめとして

行動障害への介入は、はじめは周囲の者が中心となって行ない、次第に少しずつ本人が自分でコントロールできるように移行していく。また行動障害に家族が効果的に介入するためには、リラクセーション法などを用いて家族のストレスを低減させることも必要である。

附録として

家族に対する認知行動療法的グループカウンセリングを紹介した。これは脳損傷友の会の家族に対して月 1 回、1 回 90～120 分のグループカウンセリングを全 6 回行ったものである。応用行動分析に基づいた家族による介入と家族のストレスを下げるためのリラクセーションを行った。6 ヶ月には家族が挙げた問題行動が減少し、家族のストレスも有意に下がっていた。

行動障害への対応

沖縄国際大学
上田幸彦

行動障害とパーソナリティの障害 (長岡,2002を改変)

- 不安･うつ状態･情緒不安定
- 自発性の欠如･無関心･不精
- 攻撃的行動
- 幼児的行動･行き当たりばったりの行動
- 依存性･受動性･優柔不断
- 他人に対する感受性や関心の欠如：自己中心
- 能力低下とその結果の否認
- 自我像と自分に対する価値の乏しさ
- 性的行動異常
- 奇異な精神病的観念と行動
- 薬物･アルコール乱用

行動障害（問題行動）へ介入する際の大前提

「問題行動は後遺症である。」
（本人はわざとやっているのではない。）

行動のとらえ方(応用行動分析)

[先行する出来事]→問題行動→[結果としての出来事]
（先行事象）　（結果事象）

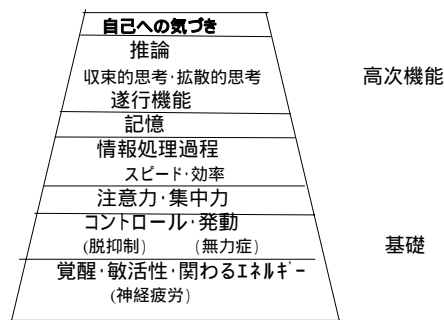
[先行する出来事]と[結果としての出来事]の両方が、問題行動を増やしもするし、減らしもする

問題行動を減らすには、[先行する出来事]と[結果としての出来事]を変化させる。

実際のやり方

1．いくつもある行動障害の中で、どれから介入するか、優先順位をつける。

原則：･神経心理学的機能の階層（図1）にもとづき、下の方から手をつける。
･他者･自分を傷つけるおそれのあるものを優先する。

神経心理学的機能の階層 (Ben-Yishay,Y.)

2. 行動障害(問題行動) を特定し、定義する。

・誰からでも**観察可能**な定義をする。

例:×攻撃性が高い → ○まわりに暴言を吐く
×こだわりが強い → ○いつも同じ自分の準備の仕方をやろうとして出かけるのが遅れる
×正義感が強すぎる →○電車・バスの中で高齢者・身障者用の座席に坐っている人を叱責する。

3. 特定された問題行動を一定期間観察して記録する (数時間、一週間、1ヶ月) 。

・観察すること。

いつ(曜日、時間) 起こったか？
何をしていた時に起こったか？ (先行事象)
起こった後に周囲はどうしたか？ (結果事象)
その周囲の反応に対して本人はどうしたか？

4. 観察結果から、問題行動がなぜ生じているのか仮説を立てる

まず[先行する出来事]について考えてみる

・疲労していないか？
・作業が長時間続いていないか？
・刺激が多すぎないか？
まわりの人の数、会話、音(テレビ、騒音)
・本人にとって無理な要求をしていないか？
・本人が何をやればよいのか混乱していないか？
・自尊心を傷つけていないか？
どうせできないだろうという態度、など

[結果としての出来事]について考えてみる

・まわりの反応が、いっそう本人を興奮・混乱させていないか？

・まわりの反応が、問題行動を強化 (褒める・承認する・注目する) していないか？

注意: [結果としての出来事]としての周囲の反応は、それを止めさせせようと意図しているものであっても逆にそれを増やすことがある。
意図は重要ではない。

5. 介入法を選択する

[先行する出来事]を変化させる方法の例

・刺激を減らす
・休憩を入れる
・できることを頼む
・解りやすく説明する
・こちらの期待を下げる

[結果としての出来事]を変化させる方法の例

・問題行動は、無視をする (消去)
・正しいやり方を再度分かりやすく教える
(教育)
・他の社会的に望ましい行動・協調行動を伸ばす → 褒める・お礼を云う (強化)

6．介入法を実行し、再度観察する。

■ 問題行動が減った。
↓
その介入法を続ける

■ 問題行動に変化がない、あるいは増えた。
↓
仮説を立て直し、他の介入法を実施する

事例1 男性 (30代)

水上バイク事故による頭部外傷
歩行不可能 (車椅子)、左手マヒ、構音障害
身体障害者療護施設入寮中

妻より訴えられた問題行動

突然怒りだす (妻・スタッフに対して)

妻への課題：怒り出す場面を観察して記録する
(1週間)

観察と記録のポイント
・いつ、何をしている時に怒り出したか。
・その時、まわりはどうしたか。
・その後どうなったか。

観察記録

×月14日 午前11時 散髪時 車いすを後ろに蹴る
10分休ませる 落ち着く
×月15日 朝食後 スリッパを右手で投げる
×月16日 朝食後 食堂で車いすを後ろに蹴る
ホールに連れて行く 落ち着く
夕食時 食堂でテーブルを投げる
部屋で寝かせる 落ち着く
×月17日 なし
×月18日 昼食時 スプーンを投げる (落とす？)
午前10時 リハ室への移動中、車いすを後ろに蹴る
午後6時 夕食時 不機嫌になり車いすを後ろに蹴る
廊下で1対1で対応 落ち着く

×月22日 8時20分 洗面室でうがい時 歯磨き拒否
車いすを後ろに蹴る

×月23日 8時10分 布団を蹴とばし起きている
→ 失禁 →おむつ交換

問題行動の傾向：

「怒り」は食事時、それも朝食時が多い。

仮説：食事動作は、本人にとって、まだ難易度が高い。

また、朝、目を覚ましても十分に覚醒していない状態で難易度の高い動作をしなければならない。

スタッフの証言：

「もっと寝ていたいだろうから、食事の直前に起こし、食堂に連れて行っている。」

介入法：

朝、目を覚ましてから食事に行くまでの間、体を起しておくようにする。

介入結果

・朝食時の怒りはほとんど起こらなくなる。
・怒りが限定されるようになる。

→ 怒りの理由が明確になる。

<u>待たされる、一人にされる、失禁している</u>

↓

壁を叩く

↓ スタッフは怒りの意味が分かるようになる

対応するとおさまる。

事例2 男性 (20代)

5年前のバイク事故による頭部外傷
身体に障害なし

母より訴えられた問題行動：

感情がコントロールできない

(某施設に認知リハ・職業リハのため入所中、スタッフや他のメンバーに対して怒り出すという報告をたびたび聞いていた。)

↓

家族に対して暴言を吐く (観察可能な定義)

観察結果

12月23日夕方 父「このレジ袋は捨てないで」
→「これは捨てようとしているのではない」 (怒りの強さ：30)

12月24日朝 母「太っているからゆっくり食べなさい」
→「子供じゃないんだからそんなこといわないで」 (70)

12月25日 父 車の操作をミスった後「それはダメだよ」
→ 「それぐらい分かるんだから」 (70)

12月26日 母 「気をつけないから転ぶのよ」 → 「分かってるから」 (90)

12月27日 母 「明日は○○時に歯医者に行くんだから」
→ 「何回も言わなくても分かっている」 (80)

12月2日 母 「昼からビールを飲んだらダメ」 → 「お正月だからいいだろう」 (60)

1月3日 母 「このぐらいもできないの」 →「できないんだから仕方ないだろう」 (80)

観察により得られた仮説

暴言の傾向： 母親に対する暴言が多い。

仮説：自尊心が傷つけられた時に暴言を吐く。
(母親は記録を見て、自分の発言が不適切であったことに気づく)

介入：母が、言い方とタイミングを気をつけるようにする。
また施設職員にも、本人の怒りの原因について学んだことを報告した。

経過：
施設に戻った後、施設職員から怒り出すことについての報告はしばらくなかったが、ある時、車椅子バスケ中に、相手を殴り自宅謹慎となる。
帰宅後、反省している。
母：「殴った時、どんなことが頭に浮かんだ？」
本人：「俺のことをなめている」と思った。
↓ （認知修正法）
「こいつはまだ子どもなんだ」
「こいつは言い方がへたくそなんだ」

施設に戻った後、3月に訓練を終え、実家に戻る（就労）。
5月の報告では、「怒り出すこと少なくなり、また自分のしたことを反省するようになった。仕事には熱心に行っている。他のいろいろなことに意欲を示すようになった。」

最後に

- 行動障害への介入は、はじめは周囲の者が中心となって行ない、次第に少しずつ本人が自分でコントロールできるように移行していく。
- 行動障害に家族が効果的に介入するためには、家族のストレスを低減させることも必要（リラクセーション法の導入）

附録：家族に対する
認知行動療法的グループカウンセリング

対象：脳損傷友の会「ゆい沖縄」の家族
期間：　平成19年10月～平成20年3月
頻度：　月1回　1回　90～120分　全6回

認知行動療法的グループカウンセリング

第1回目　イントロダクション
自己紹介
当事者との関係，原因，受障経過年数
現在困っていることは何か？
ストレス低減：　リラクセーション（呼吸法）

第2回目　困っていることの整理
障害の説明
一般的な対処法の解説
リラクセーション

第3回目　困っていることに優先順位をつける
行動分析の方法の説明
問題行動の定義の仕方
先行事象･結果事象の説明
観察の方法の説明

第4回目　観察の報告
問題行動に対する介入法の説明

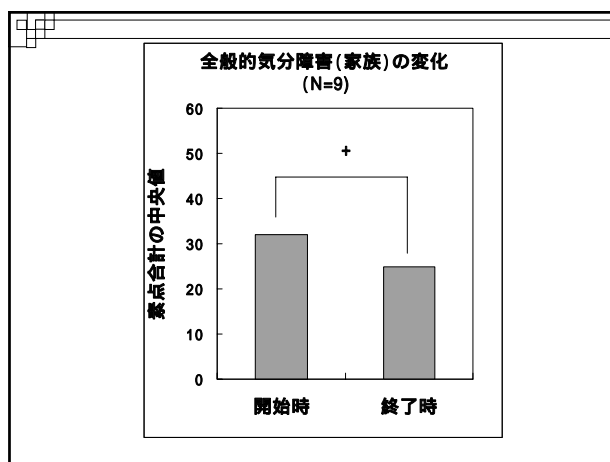
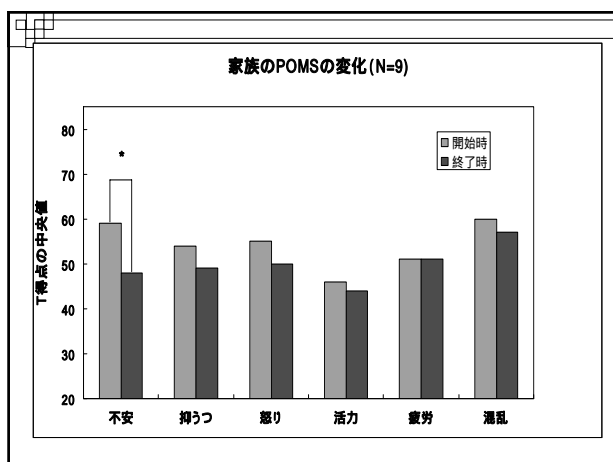
第5回目　介入の結果の報告

第6回目　ストレスのメカニズムと対処法の説明

報告された介入結果

1．笑ってはいけない場面で笑う。
→　母からの説明を本人は納得した。笑うことは生じなくなった。
2．自分から何もやり始めない。
→　声を掛ける必要があるものと、声を掛けなくてもやり始めるものの違いが出てきた。
3.物忘れが多い．
→　メモを取るようになり、物忘れが少なくなってきた。
4．いろいろやってくれるが自分だけの考えとペースでやってしまう。
→　親が具体的な声掛けができるようになり、本人はそれにより立ち止まって考えることができるようになってきた。親子の関係のギクシャクさが少なくなった。

家族のPOMSの変化（N=9）
T得点の中央値
80
70
60
50
40
30
20
*
開始時
終了時
不安
抑うつ
怒り
活力
疲労
混乱

全般的気分障害（家族）の変化
（N=9）
素点合計の中央値
60
50
40
30
20
10
0
+
開始時
終了時

アセスメントとプランニングの実際

京都博愛会病院地域連携室　末吉　明香

本講義は、「高次脳機能障害者の在宅ケア試行事業　ホームヘルパー編」における事例をもとに、「生活版ジョブコーチ」に必要とされる援助技術および支援プロセスの一部である「アセスメント」と「プランニング」について理解することを目的とする。

１．アセスメント

アセスメントとは、どのように困っているのか、どのようになりたいのか、本人と環境を分析し支援ニーズを把握することである。アセスメントは、①支援目標と支援項目を選定するための情報収集を主な目的とした「面接によるアセスメント」と、支援項目について実際に生活している環境の中で確認する「生活場面でのアセスメント」があり、以下それぞれについて説明する。

（1）面接によるアセスメント

面接によるアセスメントでは、次の 4 点を把握することが主要な目的である。①本人・家族と面接を行い「相談受付票」に基づいて**基本情報**を聴き取る。このとき、相談受付票の順序や形式にこだわらず、本人・家族が話しやすい「きっかけ作り」の質問をするなどして、話の自然な流れの中で聴き取りを心がける。②**医療情報**（心理・OT・ST などの検査結果など）を確認し、面接場面では現れにくい障害特性などを把握する。医療情報が必要な理由は、一見同じような生活の困りごとに対しても、行動を妨げている要因となる高次脳機能障害の症状や現れ方が人それぞれ違い、それによって有効な代償手段が異なってくるからである。③「**在宅支援ニーズ**調査票」に基づき生活の多様な側面における**支援量**を把握する。このとき、本人と家族と双方から同じ項目を聞くことで、認識のズレが分かる場合があり、それも大切な情報の一つとなる。ただし、その際、本人のプライドや支援者との信頼関係の妨げとならないよう留意する。④「こうなりたい」「ここが一番困っている」という**本人の希望・思い**を充分な時間をとって聴き把握する。なぜなら、本人の希望や思いに沿った支援でなければ、モチベーションが高まらず支援の継続性が期待できないからである。

（2）支援目標と支援項目の選定

次に、面接によるアセスメントで聴き取った情報を整理し、支援目標と支援項目を選定する。その際、本人の希望と優先順位を明確にし、かつ生活版ジョブコーチが介入し、その効果が見込めるものを選定する。しかし、本人の希望がすぐには実現困難な場合は、それを長期目標とし、生活版ジョブコーチが介入する支援項目を短期目標として位置づけるようにする。また、支援目標と支援項目は、本人と支援者が認識を共有することが重要であり、そのために文書化しておくことが望ましい。

（3）生活場面でのアセスメント

生活場面でのアセスメントでは次の 4 点を把握することが主要な目的である。①選定した支援項目について、行動を観察し、**生活の文脈の中**から理解すること。②**本人の強み・できること・意欲・能力など活かせる点**を把握すること。本人のできることは環境に規定

される面も大きいため、生活場面で時間をかけて把握することが重要になる。③家族の協力や**環境の強み、逆に問題点**などを把握すること。高次脳機能障害は、環境による影響を受けやすいため、本人と環境の相互作用に留意する必要があるからである。④最後に、本人のこれまでの**生活様式や価値観**をできるだけ把握し、尊重することがとても大切である。支援者の生活様式や価値観を押し付けては、繰り返しになるが、本人のモチベーションは高まらず、支援の継続が望めないからである。

２．プランニング

プランニングは、アセスメントの結果を踏まえて、支援目標を達成するために、支援項目に対して具体的に何をしていくか支援方法を明確にすることである。

高次脳機能障害に対する支援方法の特徴は、①高次脳機能障害は、生活環境による影響を受けやすいため、環境を整えることで「できること」が増える。そこで、ルールを一定にする、スケジュールを決める、シンプルで一見してわかるようにするといった生活を**構造化**すること、②目標達成を妨げる要因を分析し、本人の生活の文脈の中で強みを活かした**代償手段**を活用すること、③代償手段を生活行動の中に取り入れて、**統一した支援方法で繰り返し定着**を図り、行動パターンとして定着するように支援者が声かけや見守り**（間接的な支援）**が必要になること、である。

以上のことから、プランニングでは、生活環境を整え（生活の構造化）、代償手段を創造・提案し、間接的な支援によってその定着を図ることで、支援目標を達成していくために、いつ、だれが、何を、どのように行っていくのかを明確化することが重要になる。

３．事例にみる支援の実際

こうしたアセスメントとプランニングの実際について事例の一部を通して見ておきたい。事例では、「家事を一人でこなせるようになりたい」という支援目標を達成するために、支援項目の一つとして「調理の自立」を選定した（支援目標と支援項目の選定）。そして、「生活場面でのアセスメント」として、自宅を訪問し、調理の一連の流れを「献立決め」「優先順位決め・時間配分」「下ごしらえ」「調理技術」「調味」「火の管理」「配膳」「片付け」などに項目を分けて観察し、問題点と強みを分析した。

こうしたアセスメントの結果を踏まえ、支援方法を検討していった（プランニング）。例えば、「献立決め」という支援項目における高次脳機能障害の支援の特徴を踏まえたプランニングは、次のとおりである。本人と相談のうえで「冷蔵庫のあまり野菜から献立を決める」というルールを決め**（環境の構造化）**、それを使ったメニューを「DS お料理ナビ」をヒントツールとして活用した。**（代償手段の検討）**。ここで、代償手段を選ぶときは、選択肢をいくつかあげて、本人の納得を得たものにすることが重要である。そして、ヘルパーは毎回「冷蔵庫のあまり野菜から考えましょう」という声かけをすることに統一し、本人の行動を見守ることにした**（定着化）**。

高次脳機能障害者の在宅ケア試行事業から

アセスメントとプランニングの実際

2009．9．15

【生活適応援助者養成研修】

京都博愛会病院MSW　末吉　明香

今日の構成

I. はじめに

II. 支援のプロセス

III. 生活ニーズの解決に向けて

① 生活管理のアセスメントとプランニングの実際

② 調理のアセスメントとプランニングの実際

③ 外出のアセスメントとプランニングの実際

I. はじめに

高次脳機能障害者の在宅ケア試行的実践
ホームヘルパー編について

試行事業ホームヘルパー編の目的

- ホームヘルパーが訓練的な支援方法で関わることにより、生活の自立度が高まるか
- ホームヘルパーにどのようなノウハウが必要か
- ホームヘルパーがノウハウを身につけるためには、どのような支援が必要か

上記を明らかにするため試行的に実践し検証する

試行事業ホームヘルパー編の概要

2ケース	生活訓練から在宅復帰した主婦	医学的訓練のみで在宅復帰した主婦
支援した専門職	介護保険のヘルパー3名 更生施設の生活支援員	介護保険のヘルパー3名 支援コーディネーター
試行期間 回数	3か月間 3時間／回×週5日	3か月間 2時間／回×週4日
支援内容	調理・買い物・外出	スケジュール管理・調理・調理・外出
支援体制	【生活支援員・支援コーディネーター】本人・家族との面接、支援計画の策定とモニタリング、ヘルパーへ支援方法の研修とフォローアップ 【ヘルパー】定着支援、支援記録作成と生活支援員・支援コーディネーターとの情報共有	

試行事業ホームヘルパー編の成果

- ヘルパーが「訓練的」に関わることで生活行動の一部が自立した
- ヘルパーは、本人へ代償手段の定着を促すために、本人の行動特性を把握し予測を立てて見守りリアルフィードバックをする支援ノウハウが必要
- 本人とヘルパーとの間に、本人のニーズや高次脳機能障害の特性を理解し、生活の場に出向いて適切な支援方法の検討と支援計画の策定とヘルパーに対してコーチする役割が必要→「生活版ジョブコーチ」

実際の様子

- DVD
「高次脳機能障害者の在宅ケア試行的

実践報告　～ホームヘルパー編～」

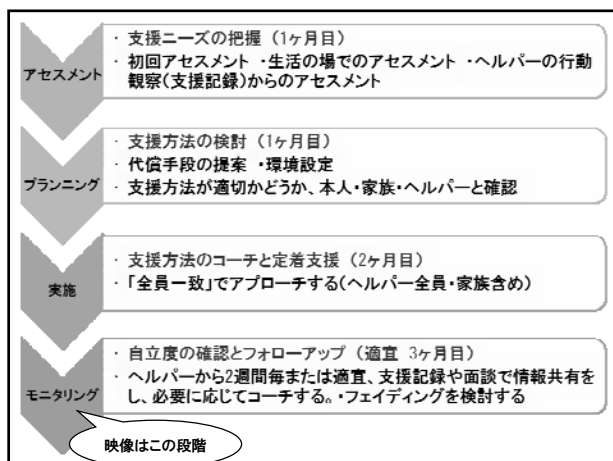
II. 支援のプロセス

アセスメント
- 支援ニーズの把握（1ヶ月目）
- 初回アセスメント ・生活の場でのアセスメント ・ヘルパーの行動観察（支援記録）からのアセスメント

プランニング
- 支援方法の検討（1ヶ月目）
- 代償手段の提案 ・環境設定
- 支援方法が適切かどうか、本人・家族・ヘルパーと確認

実施
- 支援方法のコーチと定着支援（2ヶ月目）
- 「全員一致」でアプローチする(ヘルパー全員・家族含め)

モニタリング
- 自立度の確認とフォローアップ（適宜 3ヶ月目）
- ヘルパーから2週間毎または適宜、支援記録や面談で情報共有をし、必要に応じてコーチする。・フェイディングを検討する

映像はこの段階

初回アセスメント

リハビリセンターにて、本人・家族と面談

①相談受付票をもとに、基本情報の聞き取りをする
②事前に医学的評価(心理・OT・ST)を確認する
③在宅支援ニーズ調査票を参考に、現在の状況を把握する
④本人が一番
「こうなりたい！」
「ここが困っている」という思いを整理し把握する

支援を受ける動機づけのため、高次脳の考え方を伝えることを念頭に、本人の行動の解釈を加えながら聞き取りをしていく

事例概要

- Aさん　40歳代　女性　専業主婦　夫との二人暮らし
- 4年前の交通事故による頭部外傷
- 身体障害はなく、認知障害は注意障害・遂行機能障害・意欲発動性の低下・判断力の低下
- 医学的訓練のみで在宅復帰
- ヘルパー(自費)による家事援助を利用していたが依存傾向が見られた
- 転居後は、ヘルパーの家事援助は中断し、作業所への通所の付添に利用をしている

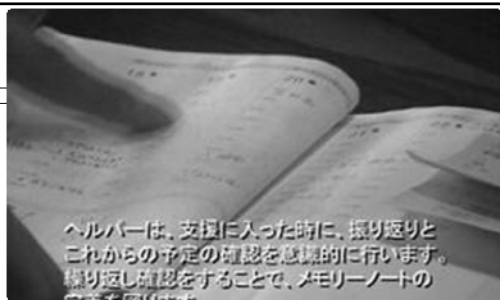
初回アセスメントより

- ADLは自立レベル
- 生活技術は調理や掃除など個々の動作は可能だが、何から始めるべきか段取りを立てることが苦手で、行動を開始するスイッチが入りづらい。複数のことを同時進行すると抜けてしまったり、混乱することが多い。結果的に疲れてしまいスムーズにできない。
- 本人：上記の困り感があり、希望としては「家事をこなしていけるようになりたい。」
- 家族：頼んだことをしていないことが多く、一人でガスを使うこと、外出することも難しいので困っている

支援目標と支援項目を決める

支援目標	「家事を一人でこなせるようになる！」 ＝生活技術・生活管理能力の向上
支援項目	①家事をスケジュール化し、時間管理をする ②家事のやり方や物の置き場を構造化し、し忘れを防止する ③調理を一人の時間にできるようにする ④外出（買い物・作業所）を一人でできるようにする

III.生活ニーズの解決に向けて

① 生活管理のアセスメントとプランニングの実際
② 調理のアセスメントとプランニングの実際
③ 外出のアセスメントとプランニングの実際

① 生活管理のアセスメントとプランニングの実際

アセスメント 生活の場に出向いてアセスメント

- ターゲットの支援項目について、どういう時間帯にどういう場面で問題が生じるのか、行動を観察し、生活全体の視点から理解する
- 本人の意欲・能力・できること（強み）など活かせる点を把握する
- 家族も含めた環境の強みと、問題点を把握する
- 本人の今までの生活様式や価値観を把握し、尊重する

アセスメント 生活管理に関する困りごと①

- やらなければいけないことは分っていても、何からすべきか考えるのに時間がかかり、ぼーっとしてやり過ごしてしまう
- 優先順位を考えずに目についたところから始めて、結果的に疲れてしまい、やり忘れやり残しなどがある
- 目の前に郵便物やダイレクトメールや雑誌があると、とりあえず片付けようとして必要なものと不要なものの判断ができず、とても時間がかかり終わらないことが多い
- 食器の片付け中に、他のものが気になると中断し、後からやればいいことでも手をつけ始める

アセスメント 生活管理に関する困りごと②

- 火を使っている時に、洗濯機が鳴るとどうしたらいいか分らず慌てて、咄嗟に火をつけたまま立ち去る。同時に複数のことを行うと、状況に応じた優先順位がわからず混乱する
- 洗濯が終わったことに気づかない時は、干し忘れることがある
- 服薬管理は目につくところに置いておかないと、飲み忘れがある
- 家族が簡単な用事を頼んでも「わかった」と言うが、帰って確認すると「忘れていた」と何日も繰り返す。忙しいのかと聞いても、何をしていたのか聞いても特に何もしていないよう

生活管理に関する困りごと③

- 受診日など間違って思い込むと、家族が訂正しても言い張り不機嫌になる
- 外出の予定があり出かける間際であっても、目の前に雑誌があると気になって、座って眺めたりしている
- 外出時の準備や帰宅時の片付けの時間を考えていないので、要領よく準備ができない。無意識の時にとった行動で物を失くしたり、置き場を思い出せないことが多い
- 時間の感覚が薄くなり、ウィンドショッピングに行くと、とても時間が経っていて疲れてしまい、帰宅後やるべきことができなくなる

生活管理に関してできること（強み）

【本人】
- しなければいけないことを自分でわかっている
- 家事をしっかりやりたいという思いをもっている（意欲低下はあるが、無気力ではない）
- 指示がなくても目の前のことはできる
- 同時進行しなければ家事動作は可能
- 記録を書くことはできる

【家族の協力も含めた環境】
- 本人が困った時は日中でも携帯で対応可能
- 毎日の日課確認などは協力してくれる

生活管理に関する代償手段の検討

- 生活の文脈の中で本人のできることを活かして、どのような代償手段が有効か、また環境の構造化が必要かを検討する
- いくつかの選択肢を考え、生活版JCとヘルパーの行動観察を踏まえ、本人の意思・納得を得たものにする

- Aさんの生活管理の困りごとを3項目に分けて検討する
  ① スケジュール管理
  ② 服薬管理
  ③ 持ち物管理

プランニング

スケジュール管理の代償手段の検討

- TO DOリストメモ→×
  - OTで取り組んだが失くしてしまうことがあったため
  - 優先順位は分かるが、何時に何をスタートさせるべきか時間配分が一目でわからないため
- 携帯アラーム→×
  - 本人にとって使いなれたものではなく情報入力が手間
  - 手掛かりがなければやるべきことが思いつかない状況ではないため
- 日課表を貼り出す→△
  - 作業所通所日と在宅日の2通り作ったが、家事のやるべきことは毎日変わるため不向き
  - 冷蔵庫に張り出したが、常時目につく位置ではなかったため
- メモリーノート→○
  - 毎日やるべきことを書き出すことが自分でできるため
  - 今回の試行期間は、本人・家族・ヘルパー・生活版JCが情報共有できるため
  - 外出時など持ち歩きが可能であるため

プランニング

どのようなメモリーノートがいいか？

本人の状況に合わせたメモリーノートをつくる
- 調理や洗濯を一つずつこなしていくには、所要時間が書き込めるタイムスケジュール欄が必要
- 優先順位を立てるのはタイムスケジュールで兼ねることができる
- 予定通りに始めることを意識するため、実施状況のチェック欄が必要
- 何度も見るためには、献立欄・服薬管理欄・本人と家族の感想欄など必要な情報を一元化する
- メモリーノート利用のモチベーションを上げるため、家族に食事の感想を記入してもらうなど、本人の頑張りを評価してもらう。本人のフリーの感想欄を作り一日全体を通して振り返る機会をつくる

誰が、いつ、どのように？

メモリーノートを使う習慣がなかったため、どのように定着支援をしていくかを支援計画をつくる
- 生活版ジョブコーチ：1か月分のメモリーノートを作成する
- 本人：前夜に「明日の予定」を記入する
- 家族：記入を確認し、頼みごとがあれば記入する
- 本人家族：今日の感想を記入し振り返りをする
- 本人：予定開始前にメモリーノートを確認する
- 本人：予定終了時にメモリーノートに時間通り始められたかどうかチェックする
- ヘルパー：訪問時に実施状況を確認し、振り返りと予定の確認を必ずする★全員一致

実施

モニタリング

生活管理の向上につながっているか？

- 前日に予定や献立を立てることで、やるべきことを整理できている
- 家族の確認がなくてもメモリーノートを記入するようになった
- 常に目につくようテーブルの上に置いておくことが定着した
- 動作ごとのチェックは必要なくなったが、1日に何度か確認することは定着している
- 今後も継続していけるよう、メモリーノートを市販の手帳に変更するため、買い物に同行し、時間管理のできる手帳の中から本人の気に入ったものを購入

服薬管理の代償手段の検討

【服薬管理の困りごと】
- 他のことをしていると服薬をしたか忘れてしまったり、数を間違えることがある

【できること】
- 本人：記録のチェックは可能
- 家族：薬箱の作成と仕分け

【代償手段の検討】
- 家族：薬箱にセットしてもらう
- 本人：服薬したらメモリーノートにチェックする

服薬管理の自立度は高まったか？

- 家族とヘルパーがメモリーノートを確認する
- 薬箱とメモリーノートのダブルチェックをしなくても飲み忘れはないため、薬箱のみで服薬管理をしていく

持ち物管理の困りごと・できること

【困りごと】
- 財布、携帯、鍵が見当たらなくなることが多い
- 出かける間際にないことに気づくので、慌ててしまい混乱する
- 特に、犬の散歩から帰宅時に犬のことに気が向いている場合、買い物からの帰宅時に冷蔵庫に急いでしまうものがある場合、無意識にどこかに置いてしまうことが多い

【できること】

本人：意識して置けば、どこに置いたか覚えておくことはできる

環境：家が片付いているため、置き場所を決めるのに目につきや

持ち物管理に関する代償手段

<u>出発時よりも、帰宅時に環境設定が必要</u>
- いつも同じカバンで貴重品を出さない→×
  - 作業所用・買い物エコバック・犬の散歩バックを同じにすることは難しい
- 貴重品ポーチを決めて、外出時にバックに入れる→×
  - 動作が増えて手間
  - 犬の散歩はカギのみでいい
- 貴重品置場を設定し、帰宅時に必ず並べる→○

誰が、いつ、どのように？

どのように定着支援をしていくかを支援計画をつくる
- 本人と家族：目につく位置に貴重品置場を設定する（リビング携帯充電器の側）
- 生活版ジョブコーチ：外出ヒントカードの最終項目に「貴重品を所定の位置に置く」ことを追加する
- ヘルパー：買い物や作業所へ外出支援で同行している場合は、帰宅時に見守り、声かけを徹底する
- 本人：出かける時に持ち物を確認する
- 家族：ドアに注意書きを貼る

持ち物管理の自立度は高まったか？

- ヘルパーが帰宅時に声かけを徹底したが、定着に時間がかかった
- 作業所からの帰宅時は外出ヒントカードに書いてあるので定着した
- 一人の時や、家族と外出した時など徹底できなかった
- 置場を決めたことで、外出の準備がスムーズできるようになった
- 所定の位置に置き忘れても、今のところすぐ見つかる状態だが、貴重品なので習慣化していきたい

② 調理のアセスメントとプランニングの実際

調理に関する困りごと①

【献立決め】

- OT調理評価の際、「一時間で完成する二品を考えてくること」をお願いするも、前日に「思い付かず苦痛なので休みたいと言っている」と夫から連絡が入る程苦痛に感じてしまう
- 食事を作らなければいけないと分っていても、何から始めていいか分らず時間だけが過ぎていることがある
- レシピ本はたくさん持っているが、冷蔵庫にある食材と関連づけながら考えることが苦手で、無駄な買い物をしてしまったり、興味で眺めるだけで作らず終わってしまうことが多い
- 買い物に行ってから献立を決めると、家にある物を買ってしまうなど、無駄な買い物をすることが多い

調理に関する困りごと②

【優先順位】

- ご飯のスイッチを忘れる

【時間・下ごしらえ】

- 以前に比べ、段取りが悪く時間がかかりすぎてしまう
- 他のことに気を取られると、やっていたことを忘れてしまう
- 根菜類を洗い忘れる
- 包丁さばきは上手だが、メニューに合わせた切り方が分らず悩んで動きが止まってしまう

【調味】

- 嗅覚が低下したため、味付けが濃くなることが多い

調理に関する困りごと③

【火の管理】

- ガスコンロを使う料理では、火をつけていることを忘れて鍋を焦がすことがあり、夫が不在時は使ってはいけないことになっている（レンジのみ可）
- タイマー機能のあるコンロだが、タイマーのセットを忘れてしまう
- トースターでパンを真っ黒に焦がしてしまうことがあるが、嗅覚の問題で煙など目につくまで気づかない

調理に関する困りごと④

【配膳】

- 副菜などを冷蔵庫やレンジに入れたままで出し忘れることがある

【片付け】

- 食器洗い機がついているが、使い方が分からず一度も使えていない
- 受傷後に引っ越しをしたため、調理器具をしまう場所が分らなくなることがある
- 他のものと一緒になったのか、無意識に片付けていたか、どちらかの理由で、冷凍庫からお玉が出てくるなど、思いもよらないところから物が出てくることがある

調理に関してできること（強み）

【本人】
- 料理が好き
- 判断を含まず手順や分量が決められていれば調理技術は問題ない
- 受傷前は料理のレパートリーが豊富で上級者向けのメニューも作っていた
- 食材選びには品質や産地を重要視している

【家族の協力も含めた環境】
- 実家から不定期に食材が送られてくる
- 徒歩5分圏内に大型スーパーが食材の調達が容易
- 広々とした機能的なキッチンがある
- 喜んで食べてくれる家族がいる

調理に関する代償手段

【献立決め】
- 夫にリクエストしてもらう→△
- 献立付き食材の宅配サービスを利用する→×
- 前日までに献立を決めておき、調理もスケジュール化(メモリーノート)することで何から始めるべきか整理する→○
- どの食材から優先的に使うべきかルールを決め、レシピを見て献立を考える→○
- 買い物に行き旬の食材をヒントに考える→×

どのようなレシピがいいのか①

- 送られてくる食材を無駄にしないため、肉類は冷凍し、「保存のきかない野菜から」 献立を考えることをルールにする
- 野菜から選べるレシピ本であること
- 切り方ができるだけ写真付きで載っていること
- 調味料の分量が2人分で記載されていること

どのようなレシピがいいのか②

- 家にあるレシピ本は野菜で検索できない→×
- 本屋に同行し、野菜から探せて、本人の気に入りそうな目ーニューのあるレシピ本を探すが、簡単すぎるもの、難しくて切り方が説明不足なもので適切な本がない→×
- 生活版ジョブコーチが、本人が今まで作ったことがあるメニューを参考に手作りレシピを試みるも上手くいかない→×
- パソコンで「あまり野菜からレシピ検索」できるサイトを見つけるも、いちいち台所から離れた場所で検索し印刷するのは手間→×
- DSお料理ナビで「野菜から検索」機能が自分で使えたため利用。メニューも豊富で、本人の好みに合った内容で、切り方の写真解説があり、印刷が不要なため→○

いつ、誰が、どのように

- 生活版ジョブコーチ：DSの貸与と簡単な手順書を作成
- ヘルパー：献立を決める際に、「保存のきかない野菜から考えましょう」と声掛けを統一する
- 本人：DSでレシピを検索し、手順を確認してから2品決める
- 本人：買い物が必要な食材は分量まで書き出す

調理に関するルール決め

どのようなルールがあれば調理がしやすくなるのか

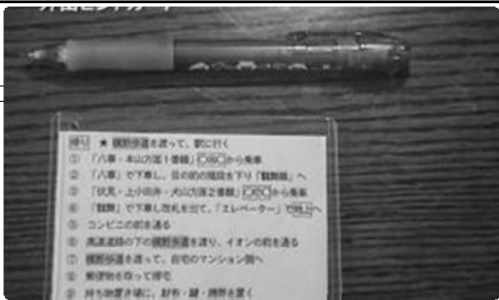
【優先順位】
- 時間のかかるもの、冷やしておくものなど、あらかじめ優先順位を書き出す

【準備・段取り】
- あらかじめ食材・調味料・調理器具を揃えて出しておく
- 調理を始めたら、キッチンから離れない
- 効率よくこなそうと同時進行はせず、一品ずつレシピ通りに作る
- 洗う必要のある食材は初めにまとめて洗っておく

調理に関するルール決め

【味付け】
- 主婦の勘(目分量)に頼らず、調味料は計量した方が成功すると考えを切り替える

【火の管理】
- タイマーをセットし、調理中絶対にキッチンから離れない
- タイマーを体で覚えるまで、ヘルパーが声掛けをする

【配膳】
- 献立を書き出し、出し忘れがないか確認する

【片付け】
- 片付ける場所を決めて、迷いやすいものは貼り出す。

調理に関する自立度は高まったか？

- 献立決めは「冷蔵庫のあまり野菜から考える」思考パターンが定着した
- 味付けや切り方はDSの指示で迷わない
- コンロのタイマーセットは行動の定着に時間がかかった
- 一人の時間に調理が可能となった

本人の感想：DSはゲーム感覚でも新鮮な気分で取り組め、おいしく作れたのでよかった。
家族の感想：一番助かっている。

③ 外出のアセスメントとプランニングの実際

外出に関する困りごと

- 自宅から作業所までヘルパー(自費)に付き添ってもらっている
- 地下鉄の乗り換えや、何通りかの道順がある時に迷ってしまう
- 車内で起きているのに乗り過ごすことがある
- 道路を横断するときに、横断歩道を渡らないことが多い
- 他に注意がそれているときに、赤信号で渡ろうとしたことがある

外出に関する代償手段

【できること】
- 道順は覚えられる
- 外出ヒントカードを必要に応じて見ることは可能

【代償手段】
- 乗り換え時に迷いにくい車両に乗れる待ち位置を記載(地下鉄の〇番線、ホームの車両番号)
- 横断歩道を渡ることを記載
- 持ち物管理についても記載

外出に関する自立度は高まったか？

- 作業所から自宅までの帰路は一人で可能となった
- 行きは、家族が外出ヒントカードを作成し、ヘルパーによる定着支援をしなくてもできた
- 外出の自信が持て意欲的になり、一人で地下鉄に乗り繁華街へ買い物に出かけることができた

プランニングと代償手段の実際

名古屋市総合リハビリテーションセンター生活支援課　松尾稔

１　はじめに

平成１８年から２ヵ年で実施した「高次脳機能障害の在宅ケア試行的実践報告」でモデルケースとなった事例をもとに、プランニングと代償手段についての考え方について以下に述べたい。

２　プランニングについて

プランニングとはアセスメントで明らかになった生活ニーズを充足するために、本人と環境の制限を加味しながら支援の過程を決めていくものであると考えている。アセスメントで上がってきた生活上のニーズから取り組むべき優先順位や実行可能なものを選び出すときには本人の QOL を高めるものであるか、併せて本人がエンパワメントされるようなものであるかを基本的な視点としてもつことが必要である。

３　プランニングの実際

アセスメントからプランニングまでの過程を列挙すると以下のようになる。

１）本人の生活ニーズを明らかにする

２）そのニーズに対して、いまどんな困りごとがあるのかを把握する

３）実際の生活場面を観察し本人がどのように行動するのかを把握するとともに、本人の強みとなること（ストレングス）をみつけだす

４）認知面等の医学的な評価や高次脳機能障害に対する支援の方法、家族状況など本人を取り巻く環境と上記２）３）を混ぜ合わせて、どのような方法を基本として支援するのかを決定する

モデルケースの場合には、生活上のニーズとして「自宅から作業所までひとりで通所できるようになりたい」というものがあった。このニーズに対してアセスメントすべき項目は「ひとりで通所するとしたらどんなところでつまずきがあるのだろうか」「どのような状態であればひとりで通所できるようになるのだろうか」という点である。一緒に外出してみると、次にどうしたらいいのかわからなくなると行動が止まってしまう、バスの降車ボタンが押せないなどの課題がみえてきた。同時に次の行動のヒントが que で出されると行動にうつせる、日常的に行く場所は覚えることができるといった強みもわかってきた。そこで障害特性を加味して「本人が判断する場面をできるだけ少なくし、同じルートを何回も繰り返すことで手順を覚えていくよう促す」『「外出ヒントカードを見て行動する」ことが行動の que になるように、困った場面ごとに声かけをすることで行動の習慣化を狙う』とした。外出ヒントカードを見る声かけは移動時本人と一緒に行動するガイドヘルパーに依頼することにした。

４　代償手段の実際

生活上の困りごとに対して様々な代償手段が考えられるとは思うが、どの方法をとるの

かについてはアセスメント結果と照らし合わせて考える必要がある。モデルケースの場合には、必要とする情報がひとつにまとまっていて本人が「ここを見ればいいんだ」とすぐにわかる環境をつくることが必要と考え「外出ヒントカード」の使用することとした。

５　外出ヒントカードの作成

外出ヒントカードを作成する際の留意点は以下のようである。

１）本人が迷ったり間違えたりした箇所について詳しく道順を記載する

２）情報をあまりに多く入れようとするとかえってわかりにくくなるため、必要最小限に留める。

３）本人が読んでみてわかりやすい表現を使用する

４）あらかじめどこに入れて持ち歩くのかを決めておき、大きさを決定する

６　代償手段として使用されるツール

１）メモリーノート

ノート内を検索することができ、且つ記載内容を見返すくせがついているケースに有効

２）外出ヒントカード

カードを持つことに抵抗感がなく、ノートのように何ページにも渡ると情報を検索ができないケースに有効

３）携帯電話

困った時に電話をかけることができたり、メモ機能を有効に活用できるケースに有効。単独で行動する場合には緊急時の連絡手段として持ち歩くことが望ましい。

７　支援方法のコーチ

「高次脳機能障害の在宅ケア試行的実践報告」では移動支援事業所に対して高次脳機能障害の支援に関する研修を実施した。内容は以下の通りである。

１）高次脳機能障害の一般的な理解

２）障害者自立支援施設における外出訓練の実際

３）対象者の説明

４）移動するルートと対応マニュアルの説明

５）実技として障害者自立支援施設の外出訓練に同行

通常の移動支援は本人が目的地へ移動することを支援するため、研修では「ひとりで行動できるように」訓練をするという意識をもっていただくことを第一に掲げ、その上で全員一致のアプローチの必要性やヘルパーが先走って教えず見守りを中心に係わることの大切さを強調した。講義だけでなく実技を行うことでヘルパーの立ち位置や見守る様子、声かけのタイミングについて、より理解が進んだと考えている。

ヘルパーの支援の指針となる対応マニュアルは行動場面ごとに声かけのセリフや移動中の支援方法、緊急時の対応手順などできるだけ詳細に記載し、異なるヘルパーが支援してもできる限り同じ対応ができるように工夫することが大切である。

プランニングと代償手段の実際

～高次脳機能障害者の在宅ケア試行事業から～

名古屋市総合リハビリテーションセンター
生活支援課　 松尾稔

今日の目的

- 平成１８年から2ヵ年で実施した「高次脳機能障害者の在宅ケア試行的実践報告」でモデルケースとなった事例をもとに、プランニングと代償手段について、どのように組み立てを考えたのかお話しさせていただきます。

本日の内容

I　はじめに

高次脳機能障害者の在宅ケア試行的実践
ガイドヘルパー編について

試行事業ガイドヘルパー編の目的

- ガイドヘルパーが訓練的な支援を行うことで生活の自立度が高まるか
- 既存の在宅サービスを高次脳機能障害者が活用するためにはどのようにしたらよいのか

試行事業ガイドヘルパー編の概要

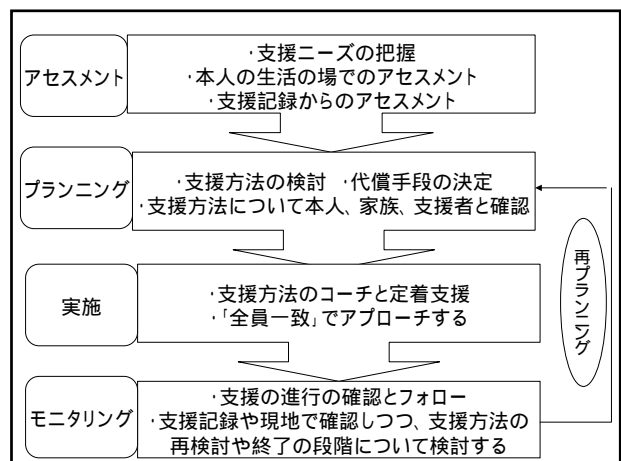
ケース概要	２０代男性 記憶力、発動性低下あり	３０代女性 記憶力、注意力低下あり
支援した専門職	身体障害移動支援ヘルパー１２名 支援コーディネーター	当事者作業所職員　2名 精神障害者施設職員　2名 身体障害者移動支援ヘルパー2名 支援コーディネーター
試行期間 回数	2ヶ月強 週6日×１０週＝６０回	2ヶ月強 週4回×１０週＝４０回
支援内容	自宅と作業所の単独移動に向けての支援	グループホームと作業所の単独移動に向けての支援
支援体制	〔支援コーディネーター〕本人・家族の面接、支援計画の作成、モニタリング、ヘルパーへの支援方法の研修とフォローアップ 〔ヘルパー・施設職員〕定着支援、支援記録作成、コーディネーターと情報共有	

試行事業ガイドヘルパー編の成果

- ヘルパーが訓練的にかかわることで一定のルートを単独行動できるようになった
- 記憶障害を有するケースに対しては、単独で行動できるようになるためには間をおかず数多く集中的にサービスを利用しなければならないため、費用負担が増大する。
- 既存のサービスを利用するためには、本人のニーズや高次脳機能障害の特性を理解し、実際の生活の場に出向いて支援方法を検討、ヘルパーに対して支援方法をコーチする役割が必要→「生活版ジョブコーチ」

実際の様子

☆ＤＶＤ
「高次脳機能障害者の在宅ケア
試行的実践報告～ガイドヘルパー編～」

II　支援のプロセス

プランニングとは？

- アセスメントで明らかになった生活ニーズを充足するために、本人と環境の制限を加味しながら支援の過程を考えるもの

→→誤ったアセスメントを行うとプランニングもまちがったものになってしまう

プランニングに必要な要素は？

＜アセスメントの要素＞
- 生活上のニーズ（取組み可能なものは？ 優先順位が高いものは？）
- 本人の能力（身体機能・認知・社会性）
- 本人を取り巻く環境（家族状況、近隣とのつながり、利用できる制度、福祉施策etc.）

＜プランを考える基本的な視点＞
- そのプランが本人のＱＯＬを高めているか
- 本人がエンパワメントされるようなプランか

Ⅲ　プランニングの実際

在宅ケアで試行した事例の概要

- 事例紹介
- ・26歳男性、脳外傷後遺症。
- ・身体障害者手帳：Ⅰ種3級。体幹機能障害。
- ・認知障害：記憶障害。
- ・社会的行動障害：発動性低下。
- ・最近引っ越しをしたため、土地勘がない。家から一人で行ける場所はなし。
- ・事故後、交通機関の利用経験なし。
- ・自分から発話することが難しい。

生活ニーズの把握

- 生活上のニーズ
  自宅から作業所まで一人で通所できるようになる。

どのようになればひとりで通所できるようになるだろうか？

どんなところでつまづきがあるのだろうか？

外出に関する困りごと①

- 外出時に考えられる困りごとは？
- ・発動性の低下
  →声かけがないと行動に移せない
  →困った状態でも助けを求められない
- ・記憶障害
  →目的地がわからなくなる
  →ルートを覚えられない
- ・環境の変化
  →引越したばかりで、土地勘がない

外出に関する困りごと②

実際の場面で外出の様子を見てみると・・・
- ・道がわからなくなると、行動が止まってしまう。
- ・市バス乗車中に降車ボタンが押せない。
- ・地下鉄の電車やホームを正しく選択することができない。
- ・バス停の位置がわからない。
- ・案内図を見ても理解できない。
- ・自発的に人に尋ねることはない。
- ・少しでも景色が変わると現在地がわからなくなってしまう

ストレングス（強み）の活用

事例の方のストレングスを挙げていくと・・・
- ・支援を拒まず、提案を快く了解する
- ・何らかのqueがあれば行動ができる
- ・日常的に行く場所は覚えることができる
- ・名古屋市の交通機関は福祉パスで乗車できるため切符を購入しなくてよい
- ・バスは1系統しかないので来たバスに乗ればよい

などなど、見方によっては短所も長所に変わります

高次脳機能障害に対する支援

- 代償手段の活用：記憶（メモリーノート、携帯電話等）、注意（見直す習慣、道具の使用等）、遂行機能（手順書、マニュアル）
- 習慣化：手続き記憶の利用と使用する認知機能の省エネ化
- 環境の構造化：刺激を限定、場所を一定、日課をルーチン化、ラベルや案内表示の整備
- 人的支援：周囲が解決方法をアドバイスしたりヒントを出す、本人が困っていることについて必要な支援を依頼する

プランニングの決定

- 本人が判断する場面をできるだけ少なくし（構造化）同じルートを何回も繰り返すことで手順を覚えていく（手続き記憶の活用）よう促す。
- 「ルート表を見て行動する」ことが行動のqueになるよう、困った場面ごとに声かけすることで行動の習慣化を狙う。

→→声かけをガイドヘルパーに依頼

Ⅳ　代償手段の実際

代償手段の活用を考える順序

「目的地までのルートが覚えられない」
ことに対してどのような対処方法が考えられますか？

a)現地まで行って駅員や道行く人に尋ねる
b)表示や案内板をその場で探して、たどっていく
c)事前に道順を書いておき、見ながら行動する

上記のように考えられる方法を上げていきます。
→→本人のアセスメント結果を見直してみましょう

代償手段の決定

〔本人の特徴から〕
- 適切な人物に道を聞くことは、発動性の低下や判断を要する行動であることから避けるべき
- 表示や案内板を探すことは、その場所に応じて探す注意力や案内板を理解する力が必要であるため避けるべき

→→必要とする情報がひとつにまとまっていて本人が「そのひとつだけ見れば困らない」環境をつくることが必要だろうという結論に。

外出ヒントカード

外出ヒントカードの作り方

- アセスメントで本人が間違えたり迷ったりした、箇所について詳しく道順を記載する
- 情報を多く入れようとするとカードが大きくなるので、必要最小限に止める
- （当然ですが）本人が理解できることばや表現を選ぶこと。
- カードをどこに入れておくかを決めておく。

→→ポケットの多いかばんに入れると
どこに入っているのかわからなくなる。

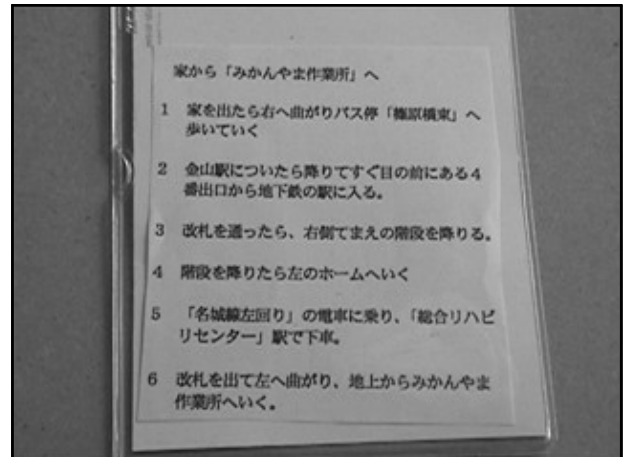
プランニングの修正

- 仮プランを作成し、実際に本人と行動をしてみることでプランに修正点がないかチェックを行う。

→→想定されたプランや代償手段が全く使えない場合はプランを再検討する。

例）ヒントカードを全く見ない。使おうとしない。

（事例のケースでは）

行動のルートを決定することと外出ヒントカードの作成のために4回同行して検討を重ねた。

外出ヒントカードの記載文

「みかんやま作業所」から家まで

1　地下鉄の「総合リハビリセンター」駅へ行く。
2　改札を通ったら手前の階段を降りて左のホームへ。（新瑞橋方面）
3　「名城線右回り」もしくは「大曽根」の地下鉄に乗り「金山」で下車。
4　金山駅下車したら右に向かうと階段があるので上がって右の改札を通る。その後右はしのエレベーターから地上へ。
5　地上に出て右方向へ行き、横断歩道をわたりバスターミナルへ行く。
6　⑤のりばのバス停へ行き「金山２２」に乗る。
7　「篠原橋東」降りる。
8　交差点角の「ボーダフォン」を左に曲がり家まで歩く。

代償手段で使用されるツール

☆メモリーノート
- ノート内の情報を検索できる人で、記載内容を見返すくせがついている人が有効

☆外出ヒントカード
- ヒントカードを持つことに抵抗感がなく、何ページもあるとわからなくなる人に有効

☆携帯電話
- 困った時に電話がかけられる人や、メモ機能を活用できる人に有効

（緊急時に利用することがあるので、単独で行動する方は所持することが望ましい）

Ⅴ　支援方法のコーチ

ガイドヘルパーへの働きかけ

- 通常移動支援はヘルパーが「目的地へ移動」することを支援するため、本人が「ひとりで行動できるように」促すアプローチはしないことが一般的。
- そのため「単独で通所するための訓練」であることを理解してもらうことが大切。
- その上で全員一致の支援や、見守りを中心に行い、ヘルパーが先走らないなどのアプローチ方法を伝えていく。

「本人から5m後ろで見守って下さい」

ガイドヘルパーの研修

〔講義〕
- 高次脳機能障害の一般的な理解
- 障害者自立支援施設における外出訓練の実際
- 本人のケース紹介
- 移動コースと対応マニュアルの説明

〔実技〕
- 障害者自立支援施設の外出訓練に同行

支援方法をコーチするときのポイント①

〔講義〕

○高次脳機能障害の理解を促すために

身体・知的・精神障害との違いを、エピソードを交えて説明するとわかりやすい

○ヘルパーの役割を理解してもらうために

「ヘルパーの支援を利用して練習する」というスタンスは本人の自立にとってとても大事であることを理解してもらう

○支援の統一をはかるために

声かけのセリフやタイミングを同一にすることが大事であり、個人で「アレンジをしない」ことを念押しする。

支援方法をコーチするときのポイント②

〔実技〕
- ヘルパーの立ち位置や見守る様子、声かけの実際を見てもらう。
  →→必要な場面だけ支援することを理解していただく

〔記録〕
- 困っている場面は本人がどこを見てどのように行動しようとしたか詳細に記録してもらう
  →→コーディネーターが状況を把握する上で大切な資料になることを理解していただく

実際に使用したケース指示書

氏名：〇〇〇（〇〇〇〇〇〇）	住所：〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

連絡先：０００－０００－００００（本人携帯）　０００－０００－００００（母親携帯）

みかんやま作業所：０５２－０００－００００　瑞穂区弥富町月見ヶ丘５６　エステート八事Ｂ－１１

担当者　：〇〇〇〇　役職：主任支援員

利用に関する連絡の方法：

a) 前日の１８時１５分から２０時までに母親の携帯へ連絡し「〇月〇日の行き（もしくは帰り）に伺います」ということを伝える。

ｂ） 当日ガイドヘルパーさんが遅刻する場合は、本人携帯へ連絡し「その場で待って下さい」と伝える。母親携帯もあわせて連絡する。

c) 発熱などの体調がある場合は、前日までにヘルパーステーション事務局に連絡する。

当日本人が体調が悪くなり、ヘルパーが家にいって判断に迷う場合は母親の携帯電話に連絡をして指示を仰ぐ。

自宅からみかんやま作業所までのルート：

自宅　→　徒歩　→　バス停篠原橋東から乗車　→　金山着　→　地下鉄で総合リハセン駅

（９時）　（金山22系統金山行き9時15分乗車）（9時24分）　（９時５０分頃着）

みかんやま作業所から自宅までのルート：

みかんやま作業所→徒歩→総合リハセン駅→金山着　→　市バス乗車　→

（16時）　（16時18分乗車）（16時32分）（金山22系統戸田行16時44分乗車）

篠原橋東着　→　徒歩　→　自宅

（16時54分着）　（17時）

持ち物：身体障害者手帳、福祉乗車券、自宅の鍵、メモリーノート（作業所の日報です）

以上４つはすべてウエストポーチへ入れる。ルート表は手に持ち、使い終わったらウエストポーチへ。

朝自宅を尋ねたら：

１：チャイムを鳴らす。

２：本人が出てきたら「ガイドヘルパーの〇〇ともうします。今からみかんやま作業所までご一緒します。出発しますので電気と暖房を消して下さい」と声をかける。

３：次に「コートとウエストポーチをもって来て下さい」と声をかける。

４：ウエストポーチの中身を確認する。

５：外へ出て施錠し、ウエストポーチに入れるところを確認する。

６：「それではルート表を見ながらみかんやま作業所まで行って下さい」と声をかける。

ルート表が「自宅からみかんやま作業所へ」のページになっていることを確認する。

移動中の介助方法：

１：行動が止まったり、「わからない」というそぶりを見せたら「ルート表を見てみましょう」と伝える。

２：ルート表を読んでいたら、番号を指しながら「今このルートではどの部分に来ていますか？」と尋ねる。

３：ルート表を読んでも全くわからない時、もしくは間違えた方向に歩き出した場合は「そちらは違います」と止めて正しい道を伝える。

移動中の福祉乗車券について：

ルート表のクリアケースに入れること。もし違う場所に入れた場合は「わかりやすいのでクリアファイルに入れましょう」と声をかけて修正して下さい。

帰り、みかんやま作業所にて：

１：「今から〇〇〇のご自宅まで帰ります。コートとウエストポーチを持ってきて下さい」と声をかける。

２：ウエストポーチの中身を確認し、「ルート表を出して下さい」と声をかける。

３：「それでは出発しますので、ルート表を見ながら行動して下さい」と声をかける。

帰り、自宅に到着したら：

１：「鍵を出して下さい」と声をかける。

２：家に入ったところまで確認して終了。（自分で暖房や電気はつけるそうです）

まとめにかえて
（プランニングの留意点）

- 本人（家族）のニーズを充足しうるものか
- プランに対して本人（家族）が納得しているか（意味を理解しているか）
- 作成したプランは実行可能か。現実的な方法まで考えられているか。
- 一定の期間内に達成できる目標設定か。
- 本人のエンパワメントを高めるプランか。

他機関との連携について

神奈川工科大学　　小川　喜道

本講義は、①生活版 JC 前期研修の講義から連携の重要性を確認し、②連携の意義と難しさ、③連携としてのチーム・ビルディング、④連携の留意点、の 4 項目を取り上げる。

（1）連携の意義

連携とは、設定された目標に向かってその関係者が秩序だって役割を果たすことであるが、理想はそれぞれの役割を果たした結果、その総体よりもさらに優れた結果をもたらすことをめざすものである。生活版 JC は、高次脳機能障害者の生活を改善するために他機関と連携・調和して働くことが求められる。

（2）連携の阻害及び促進要因

一つには組織的問題である。それぞれの専門職は、異なる組織体制、異なるサービス提供、異なる財政基盤、異なる経歴・報酬・職業教育・専門用語、のもとにある。したがって、しばしば専門職間にバリアが発生し、不信、誤解を招き、そのことで自己防衛が働き、他者との連携を阻害することになりがちである。

他方、連携の促進要因として専門職・援助者自身のエンパワメントが挙げられる。自らが内発的な力を持たない限り、関係者を調整、牽引することはできない。それから、セルフヘルプ・グループとの協働を通して、利用者中心の援助軸ができる。この促進要因は、生活版 JC 研修の受講者にすでに備わっているといえる。

（3）生活版 JC の連携先

事例ごとに連携先は異なるが、主として直接的に関係するのは、訪問介護従事者、移動支援従事者、日中活動従事者、社会参加先、などが挙げられる。そして、生活全般に関係する、医療・リハ、就労支援、福祉施設、その他の援助専門機関などが挙げられる。これら機関と重層的な連携をしながら目標を達成する必要がある。

（4）チーム・ビルディング

生活版 JC は、その業務遂行のため、連携“ チーム ”を形成する。そのチームとは、必ず目標（ゴール）を持っている。

1）チームの特徴

①二人以上のメンバーで構成される。

②メンバーは、相互依存しながら、共有されたゴールに向かって貢献する。

③チーム内及び他のチームにおけるコミュニケーションの方法が確立されている。

④メンバー構成が明確である。

⑤チームの効果は、定期的に再検討される。

2）連携の実践力が上がる要因

①チームワークにはとかく問題がある、との認識

②チームの組織化への強い関心

③チームの運営方針と手順に関する合意

④チームが提供すべきサービスの明確化
⑤地域で提供されている他のサービスとの適合
⑥チームスタッフの再適応（訓練）

３）チームの発展に向けたキーワード

①インテグレーション：専門職間で働くときの重なり合い
②メンバーシップ：継続的に働くグループの一員としての意識
③クライアント・パスウェイ：チームを通じてのプロセスの明確化
④マネジメント：チームの牽引、調整・管理能力

（５）連携の留意点

１）生活版 JC がリーダーシップを果たさないと起こりうる問題を知る

①援助者が共有された目標に貢献しなくなる
②援助者は誰が決定をする人かわからなくなる
③チームメンバーの役割が明確でなく、それぞれ自分流のやり方でやろうとする
④チームの方針を維持することができない
⑤苦情に対するルートや責任が不明確になる

２）チーム内のポジティブな不一致から力をつける

①不一致のあることを知り、その内容を理解し、価値あるものにする
②尊敬と信頼をもつ
③葛藤、問題が起きたとき、チームの中でそれが明らかにされ、話し合われる
④よい葛藤、積極的な問題出現と決定手順をもつ
⑤しっかりした決定手順と信頼関係の中で、創造的な解決
⑥葛藤に直面し解決に向かうことのできるグループの強さの認識
⑦不一致を強さとして観る
⑧不一致が力を与える

３）有効な会議の進め方

①会議の重要な構成要素である公式記録を確実に行う
②議事次第に従う
③始めるに際して会議の目的を確実なものにする
④時間管理をきちんと行う
⑤各自の論点を示す
⑥無意味な議論を続けない
⑦ノートを取る
⑧クリアなコミュニケーションを行う
⑨会議終了後できるだけすみやかに記録を確認する
⑩共通の会議録の様式を用いる
⑪できるだけ短い会議録にする

他機関との連携について

神奈川工科大学　小川　喜道

講義の主な項目

- 前期研修(2009.9.)の講義から、連携の重要性
- 連携の意義と難しさ
- 連携としてのチーム･ビルディング
- 連携の秘訣

生活版ジョブコーチ養成研修
9月の講義を振り返り、連携の必要性を理解する

(阿部　順子 氏)

- 生活版ジョブコーチとは
  生活場面に介入し、専門的な知識･技術を活用して生活がうまく送れるように援助する人
- 生活版ジョブコーチの職務
  ①相談、②在宅ケア支援ニーズの調査、③支援項目の選定、④支援計画の策定、⑤サービス提供者へのコーチング、⑥モニタリング

生活版ジョブコーチ養成研修
9月の講義を振り返り、連携の必要性を理解する

(赤塚　光子　氏)

- ケアマネジメントとは
  障害者の地域における生活を支援するために、･･･福祉･保健･医療のほか、教育･就労などの幅広いニーズと、さまざまな地域の社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結びつける調整を図るとともに、総合的かつ継続的なサービスの供給を確保し、さらには社会資源の改善及び開発を推進する援助方法である。

生活版ジョブコーチ養成研修
9月の講義を振り返り、連携の必要性を理解する

(森田 多賀枝 氏)

- 家族の支援　「具体的な相談の内容」
  ⑭支援体制のネットワーク
  →医療機関･行政･生活支援センター･地域･家族が一緒に関わる必要

生活版ジョブコーチ養成研修
9月の講義を振り返り、連携の必要性を理解する

(上田 幸彦 氏)

- 行動障害
  行動障害(問題行動)を特定し、定義する。
  誰からでも観察可能な定義をする。
  特定された問題行動を一定期間観察して記録する(数時間、一週間、一か月)

では、連携とは・・・

連携とは

ネットワーク・組織	連　　携
“静的”な関係	“動的”な行為

- 設定された目標に向かって、その関係者が秩序だって役割を果たすこと。
- 目標に向けて関係者それぞれが調整されるが、それぞれの役割を果たした結果、その総体よりも優れた結果をもたらすことをめざす。

Being a professional means **becoming interprofessional**

医療・保健・福祉の分野で
「専門職である」とは、
「専門職連携ができる」ことを意味する

連携対象例と意義

同一職種	異なる役割・相互の質的向上
他の職種	情報共有・スキルミックス
外部機関	広域サービス・チーム創出
行政関係	経済・広報・地域システム作り

連携の阻害要因

◆組織的問題
異なる組織体制、異なるサービス提供
異なる財政基盤
異なる経歴・報酬・職業教育・専門用語

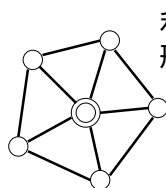
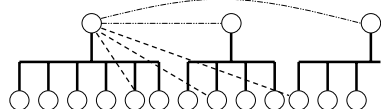
◆専門職間のバリア発生
↓
不信、誤解、恐れ

自己防衛が、他者との連携を阻害

これらを認識し、乗り越えなければ連携はできない

生活版JC　連携先の他機関 例

生活版JCの連携先は、異なる組織・異なる専門・異なる資格を背景にもつ

第一次連携	第二次連携
訪問介護従事者	医療・リハ関係者
移動支援従事者	就労支援関係者
日中活動従事者	福祉施設関係者
社会参加先、など	他の援助専門機関

連携の促進要因

専門職自身のエンパワメント
専門職教育・養成の基本

セルフヘルプ・グループとの協働

生活版JCは、促進要因を兼ね備えている

生活版JCは、その業務遂行のため、連携"チーム"を形成する

連携の実践は、チーム・ビルディング

チームとは

目標をもっている

チームの特徴

①二人以上のメンバーで構成される。
②メンバーは、相互依存しながら、共有されたゴールに向かって貢献する。
③チーム内及び他のチームにおけるコミュニケーションの方法が確立されている。
④メンバー構成が明確である。
⑤チームの効果は、定期的に再検討される。

連携の実践力が上がる要因

- チームワークにはとかく問題がある、との認識
- チームの組織化への強い関心
- チームの運営方針と手順に関する合意
- チームが提供すべきサービスの明確化
- 地域で提供されている他のサービスとの適合
- チームスタッフの再適応（訓練）

チームの発展

- 「インテグレーション」：
  専門職間で働くときの重なり合い
- 「メンバーシップ」：
  継続的に働くグループの一員としての意識
- 「クライアント・パスウェイ」：
  チームを通じてのプロセスの明確化
- 「マネジメント」：
  チームの牽引、調整・管理能力

Ovretveit, J., Mathias, P., & Thompson, T. “Interprofessional Working for Health and Social Care, Macmillan, 1997

連携の秘訣

生活版JCが、チーム・リーダーとしての役割をもつ場合

- 方針を立てたり、その再立案をしたりする
- 方針にそって、メンバーが適切に対応しているかをモニターし、チームの動きを維持していく
- チームの会合のまとめ役を勤め、欠席者についての対応を行なう
- チーム外のスタッフについての調整業務を行なう
- 効果的な記録、コミュニケーションをしっかりと行なう
- 苦情を受付け、また利用者からのフィードバックを受ける
- 必要な場面でチームを代表する

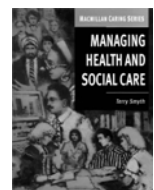
生活版JCがリーダーシップを果たさないと起こりうる問題を知る

- 援助者が共有された目標に貢献しなくなる
- 援助者は誰が決定をする人かわからなくなる
- チームメンバーの役割が明確でなく、それぞれ自分流のやり方でやろうとする
- チームの方針を維持することができない
- 苦情に対するルートや責任が不明確になる

チーム内にポジティブな不一致をつくる

- 不一致のあることを知り、その内容を理解し、価値あるものにする
- 尊敬と信頼をもつ
- 葛藤、問題が起きたとき、チームの中でそれが明らかにされ、話し合われる
- よい葛藤、積極的な問題出現と決定手順をもつ
- しっかりした決定手順と信頼関係の中で、創造的な解決
- 葛藤に直面し解決に向かうことのできるグループの強さの認識
- 不一致を強さとして観る
- 不一致が力を与える

有効な会議の進め方

1. 会議の重要な構成要素である公式記録を確実に行う
2. 議事次第に従う
3. 始めるに際して会議の目的を確実なものにする
4. 時間管理をきちんと行う
5. 各自の論点を示す
6. 無意味な議論を続けない
7. ノートを取る
8. クリアなコミュニケーションを行う
9. 会議終了後できるだけすみやかに記録を確認する
10. 共通の会議録の様式を用いる
11. できるだけ短い会議録にする

モニタリングと記録の書き方

京都博愛会病院地域連携室　末吉　明香

本講義では、「生活版ジョブコーチ」に必要とされる援助技術および支援プロセスの一部である「モニタリング」と「支援記録の書き方」について理解することを目的とする。

1．モニタリング

モニタリングとは、支援計画の内容が適切に実施されているか、その結果はどのようなものであったか、支援内容の変更が必要かどうか、再評価することである。

ここでは、生活版ジョブコーチが実施するモニタリングを、日々の観察と記録に基づいて実施する「継続的なモニタリング」と、月に一回程度の振り返りを実施する「定期的なモニタリング」に分け、それらの視点と方法について説明する。

（1）継続的なモニタリングの視点と方法

継続的なモニタリングにおいては、支援計画の効果を確認することがポイントになる。効果の確認は、支援項目に設定した行動の流れを細分化して、いつ、どのような環境で、どのように行動したのか、その要因や支援者の介入はどうであったかを分析することで明らかにすることができる。支援効果がない場合は、支援方法の修正を検討し、支援効果がある場合は、支援量を軽減していく。生活版ジョブコーチは、行動の自立に向けて支援期間を限定して関わるため、本人の安全とリスクのバランスを確認しながら、本人の自立につながるように支援量を徐々に減らしていくことが大切になる。

継続的なモニタリングにおいて、最も重要な視点は、なによりも支援項目についてしっかりと観察していくことである。やみくもに観察していては、支援の軸がぶれてしまい支援目標を見失ってしまう可能性もあるからである。しかし、生活は単純なものではなく、本人側も環境側も変化をしていく可能性がある。そこで、支援項目以外にも新たな問題が起こっていないか、生活全体にも注意を払う必要がある。新たな問題が確認される場合、再アセスメントを行い、支援の優先順位の変更などを検討する。その際、問題の内容によって、生活版ジョブコーチが関わるものか、支援コーディネーター等他職種が関わるものか、もしくは家族で解決してもらうものか、判断し適切につなぐことが重要である。

継続的なモニタリングの方法には、①直接現場で確認をする、②本人に聞いて確認する、③ヘルパー等支援者の支援経過記録から情報収集をする、④ヘルパー等支援者と直接情報共有をする、⑤家族に観察ポイントを伝えた上での様子観察結果を情報収集する、などがある。こうした方法を組み合わせ、必要に応じて多元的に情報を得てモニタリングしていくことが望ましい。

（2）定期的なモニタリングの視点と方法

定期的なモニタリングにおいては、①本人・家族と支援計画の振り返りを行い目標達成に対する満足度や達成感の確認、支援計画の修正の必要性の有無を確認すること（本人・家族とのモニタリング）、②ヘルパー等と問題点の確認、支援方法の再検討、支援量の軽減

を検討すること（ヘルパー等とのモニタリング）、③「生活版ジョブコーチ」自身の支援経過を評価すること（自身の支援のモニタリング）がポイントになる。

本人・家族とのモニタリングでは、本人が自分自身の取り組みとして主体的に捉えられるよう働きかけることに留意して、1か月ごとに構造化された面接等を実施する。

ヘルパー等とのモニタリングでは、問題点の共有、支援量の軽減、支援方法の統一に留意し、あらかじめ取り決めた方法によって行う。例えば、定期的に支援経過記録を提出してもらいモニタリングを行うことや、1 か月ごとにカンファレンスによって実施するなどの方法が考えられる。

自身の支援のモニタリングでは、支援者の態度がどうであったか、信頼関係の構築ができているか、支援者自身の思いや価値観の押しつけになっていなかったか等を確認する。また、生活版ジョブコーチの支援プロセスはおよそ 3 カ月間の期限の中で①相談受付からアセスメントやプランニングを実施する集中支援期、②サービス提供者へのコーチングと支援の実施を行う定着支援期、③プランの微調整やフェイドアウトを行うフォローアップ期のそれぞれの支援を計画的に進めていくことが求められるため、進捗状況のモニターをしていく必要がある。その方法としては、自身の支援経過記録を読み返し、支援目標の達成度を確認することともに今後の支援の見通しを検討することや、月 1 回程度支援内容等に関してスーパービジョンを受けるなどの方法が考えられる。

２．記録の書き方

生活版ジョブコーチは、支援プロセスの中でそれぞれの目的を達成するためのツールとして記録を活用していく。記録には、アセスメントの段階での「相談受付票」「在宅支援ニーズ調査票」「支援項目洗い出しシート」、プランニングの段階での「支援項目別プランニングシート」「支援計画書」「ケース紹介票」、実施とモニタリングの段階での「支援経過記録」がある。

記録の目的は、①支援過程を点検し、より適切な支援活動を展開すること、②他機関・他職種との情報共有を円滑に行うこと、③支援の継続性を保障すること、④クライエントと情報共有しコミュニケーションを促進すること、⑤公的活動としての適切性を示すこと、⑥支援活動の内容と結果を資料としての蓄積すること、である。特に、今後、生活版ジョブコーチを法定サービスとして実施していく場合、支援の根拠を示す責任を果たしていく上でも記録は重要である。いつ、どのような判断に基づいて、どのような援助を行い、それがどのように当事者の役に立っているのかを明確にし、業務内容をいつでも他職種および本人家族に理解してもらえるよう、記録を正確に書いておかなければならない。

ここでは、モニタリングの段階における記録である「支援経過記録」の書き方について述べる。支援経過記録には、ヘルパー等支援者の記録と、生活版ジョブコーチの記録とがある。ヘルパー等支援者の記録は、本人の状況が記録からも分析できるように、時間の経過に沿って起こった出来事を書く叙述体が望ましい。次に、生活版ジョブコーチの記録は、問題指向型記録（SOAP 方式）やフォーカスチャーティング記録など、項目を用いて箇条書きにする方法が参考になると思われる。生活版ジョブコーチの支援は、「思考」過程が重要であり、項目を用いることで、自身で思考過程を整理しながら記録できること、またその過程を他者に分かりやすく示すことが可能であるからである。

モニタリングと

記録の書き方

2010．2．26

【生活適応援助者養成研修】

京都博愛会病院 ＭＳＷ　末吉 明香

Ⅰ．モニタリング

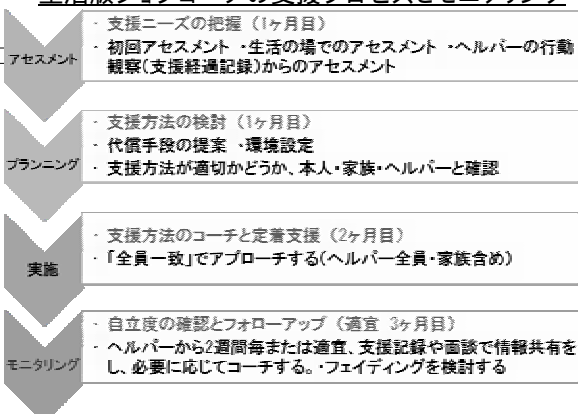
1. 生活版ＪＣの支援プロセスとモニタリング
2. モニタリングとは
3. 継続的なモニタリング
4. 定期的なモニタリング

生活版ジョブコーチの支援プロセスとモニタリング

アセスメント
- 支援ニーズの把握（1ヶ月目）
- 初回アセスメント ・生活の場でのアセスメント ・ヘルパーの行動観察（支援経過記録）からのアセスメント

プランニング
- 支援方法の検討（1ヶ月目）
- 代償手段の提案 ・環境設定
- 支援方法が適切かどうか、本人・家族・ヘルパーと確認

実施
- 支援方法のコーチと定着支援（2ヶ月目）
- 「全員一致」でアプローチする（ヘルパー全員・家族含め）

モニタリング
- 自立度の確認とフォローアップ（適宜 3ヶ月目）
- ヘルパーから2週間毎または適宜、支援記録や面談で情報共有をし、必要に応じてコーチする。・フェイディングを検討する

モニタリングとは①

- アセスメント（事前評価）
- モニタリング（観察・継続評価・再評価）
- エバリュエーション（事後評価）

アセスメントとモニタリングの違いは、支援計画や支援の効果の評価が加わる点。
＝再アセスメントの機会

モニタリングとは②

- モニタリングの2つの進め方

①アセスメントやプランニングの項目ごとの変化を
　継続的に行うモニタリング
・日々の「観察」と「記録」の積み重ね

②アセスメントやプランニングの項目ごとの変化を
定期的に行うモニタリング
・月に1回程度の振り返り
・本人の目標達成や満足度の確認
・支援者の活動評価や支援進捗状況確認

継続的なモニタリングの視点

- 日々の「観察」と「記録」の積み重ね

どこを観察したらいいのか？
・プランニングの項目を確認→支援目標を見失わない！
・項目外にも要注意→新たな問題が起こっていないか！
どんな視点で観察したらいいのか？
・プランニングと介入の効果を確認→「いつ」「どのような環境」「なぜ」＋「本人の高次脳機能障害の行動特性と強み」＋「支援者はどうしたか」＝できなかったのかorできたのか
プランニングを修正する必要があれば、
・どのポイントにどのような介入をすればうまくいくか想像しながら観察する

継続的なモニタリングの方法

- 現場で直接見て確認する
- 本人に聞いて確認する
- ヘルパーの支援記録を読む
- ヘルパーに直接もしくは電話などで話を聞く
- 家族に様子観察をしてもらい、その確認をする

定期的なモニタリングの方法

・本人と家族と構造化された面接（面接室等で･決められた時間で･あらかじめ聞く内容を決めて）を実施し、プランやヘルパーの介入、代償手段の効果、生活課題の充足度、それをもとにプランの変更の必要性などを再アセスメントする。
・ヘルパーから、可能であれば2週間毎に経過記録の写し等を提出してもらい、月1回カンファレンスを実施し、問題点の確認や、支援方法の再検討や、支援量の軽減を検討していく。
・生活版JCとスーパーバイザーとで、支援方法の確認や支援計画の進捗状況の確認をする。

【参考までに】試行事業での回数

- 継続的なモニタリング
  1ヶ月目：週2回現場訪問
  週1～2回ヘルパーと電話･FAXで連絡
  週1回家族と電話･メールで連絡
  2ヵ月目：月2回現場訪問
  3ヶ月目：月2回現場訪問
- 定期的なモニタリング
  月1回本人･家族と面接
  月2回ヘルパーから経過記録を受け取る
  月1回ヘルパーとカンファレンス
  月1回スーパーバイザーとカンファレンス

II．記録の書き方

生活版ジョブコーチの支援プロセスと記録

記録の目的①

- いくらよい実践ができたように思えたとしても、記録が残っていなければ、その痕跡は失われてしまうため。
- 記録は個人の覚書ではなく、後から多くの人に読まれる公文書のとしての性格をもつ。
- いつ、どのような判断に基づいて、どのような援助を行って、どのように当事者の役に立っているのかを明確にし、業務内容をいつでも他職種の専門職、本人家族に理解してもらえるよう、記録を正確に書いておかなければならない（説明責任）。

記録の目的②

① より適切な支援活動

② 他機関･他職種との情報共有

③ 継続性の保障

④ クライエントとの情報共有

⑤ 公的活動としての適切性

⑥ 資料としての蓄積

（参考：「ソーシャルワーク記録　理論と技法」副田あけみ）

記録するときに必要な能力

- 情報記銘力
- 情報収集能力
- 情報の重要性の判断能力
- 情報の表現能力
- 記録確認能力

ヘルパーの支援経過記録の書き方

（ヘルパーにお願いできるならば･･･）

- 本人の状況が分かるように、時間の経過に沿って、起こった出来事だけを記述してもらう。（叙述体）
- 留意点

①「著変なし」「問題なし」だけでは情報が不十分

②「○○は難しそうだった。」などヘルパーの感想や解釈のみでは行動の分析ができないため、「電車の行先を確認せず、乗車した。」など状況観察を記録してもらう。

生活版ジョブコーチの 支援経過記録の書き方

- 生活版ジョブコーチの支援は、「思考」のプロセスが重要。問題指向型などの記録は、叙述体と同じく経時的に書くが、項目を用いて箇条書きにすることで、支援者の思考過程を分かりやすく示すことが可能。
- 問題指向型記録（POR）＝SOAP方式
  S：主観的情報･主訴や発言
  O：客観的情報･観察状況
  A：アセスメント
  P：プランニング
- フォーカス･チャーティング記録
  F：フォーカス　本人の関心･注目すべき行動･課題
  D：データ　利用者の情報･主観的情報･客観的情報とも
  A：アクション　ワーカーの介入行為
  R:レスポンス　介入に対する反応･結果
- SOAP方式とフォーカス･チャーティングの折衷型

項目を用いた記録の例

- 別紙参照
- 留意点
  ①状況によって全ての項目を書く必要はない
  ②連絡調整事項などは項目を用いず書く

定期的なモニタリングの記録

- 月に1回、支援項目ごとに進捗状況を確認し、記録にまとめる
- 【参考までに】
  試行事業では下記の支援者側の達成目標に合わせて、定期的なまとめを作成し、スーパーバイズを受けていた。

  1ヶ月目：信頼関係の構築、アセスメント、プランニング
  2ヶ月目：支援方法･代償手段の確立
  3ヶ月目：定着支援

支援経過記録用紙

	方法（電話・訪問・面接）≫　対象者（本人・家族・ヘルパー）
	F：フォーカス＝焦点（本人の関心・注目すべき行動・課題）
	D：データ＝情報（S：本人の言動　O：家族・ヘルパー・JC の客観的情報）
	As：アセスメント
	P：プランニング
	Ac：支援者の介入行為
	R：介入に対する本人の反応・結果
1/12	電話≫　ヘルパーより
	F：洗濯機の使い方
	S（本人）：1/7 洗濯機に衣類と洗剤を入れ、スタートボタンを押すが 20～30 分
	後に、途中で電源を切り、柔軟剤を入れてから全自動で再スタートさせる。
	「柔軟剤はいつ入れるのかしら…」とつぶやきながら動作している。
	1/10 洗濯機に衣類を入れる前に、電源を入れ、水と洗剤・柔軟剤・漂白剤
	を入れ、少し回してから一時停止を押し、衣類を入れコースボタンを押し
	ている。
	「柔軟剤を入れるタイミングが分からなくて…」との発言あり。
	O（ヘルパー）：今日の支援開始時に予定の確認をし、声を掛けなくても洗濯に
	取り掛かることはできた。衣類を種類別に仕分けすることと、それに合っ
	たコースを選択することは可能だが、柔軟剤に関して自己流でやっており、
	本人も非効率だと感じているようだ。
	As（JC）：洗濯の方法にこだわりがあるのか、ただ洗濯機の操作方法が分からな
	いのか、遂行機能障害が影響しているのか、確認が必要。
	P（JC）：訪問し、本人と一緒に状況を確認する予定。代償手段を検討するため
	に、取扱説明書を探しておいてもらうことを、本人と夫に連絡する。
1/15	訪問≫　自宅へ：本人、ヘルパー、JC
	F：洗濯機の使い方
	S（本人）：「引っ越しをしてから、洗濯機を変えて、機能もたくさんあるので使
	い方が分かりにくい」
	「洗濯機は使えても、回していることを忘れたり、外に干したものを取り
	込み忘れていることもある。」
	As（JC）：
	・洗濯機の基本的な手順は体で覚えている。
	・柔軟剤のタイミングにこだわりがあるわけではない。
	・洗濯機が高機能でボタンがたくさんあるので操作が難しい。

支援経過記録用紙

1/15	つづき
	Ac（JC）：取扱説明書を一緒に確認し、洗濯機前の壁に貼り出せる手順書を作成
	する。自分のためであること、意識的に確認をしてもらうこと目的に、自
	分で書いてもらうことにする。表記する言葉は JC が助言をする。
	P（JC）：干し忘れ、取り込み忘れについては、メモリーノートにスケジュール
	化し、やったかどうかチェックしてもらうことで様子をみていく。
1/20	電話≫　家族へ
	F：定期モニタリングについて
	・1/23 来院時、診察後に面接予約

ホームヘルパー等への研修方法

岐阜医療科学大学　阿部順子

ヘルパー等に研修する場合は、下記の３つの視点で実施するとよい。具体的には各団体がやりやすい方法を用いて行えばよい。

1．高次脳機能障害の理解と支援方法の講義

①小冊子「自立にチャレンジ」を利用して説明する
- 高次脳機能障害とは：本人のできることに着目してもらう
- 支援のコツ：自立に向けたヘルパーの役割と介入の仕方、統一した対応

②各県が支援普及事業で発行している高次脳機能障害に関するパンフレット等を利用して説明する
③各団体が作成しているパンフレット等を利用して説明する
④体験談を交えて説明する（身体障害、知的障害、精神障害、認知症などヘルパー等が今まで経験している他の障害の支援との違いをエピソードを交えて紹介するとよい）

2．支援方法の実際

上記で説明した支援方法（ヘルパーの立ち位置の違いや見守り方法、ヒントツールを用いた確認方法など）を支援の実際場面を見て理解する
① DVD を利用する
- 外出編
- グループホーム編

② 訓練場面に同行してもらう
③ 作業所や団体の活動場面に参加してもらう

3．ケースの紹介

①ケース紹介票を用いて、試行事業対象者について具体的に説明する